

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID**



**Facultad de Medicina  
Departamento de Psiquiatría**

PRECURSORES INFANTILES DE LOS  
TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN  
LA VIDA ADULTA

2012

---

**LAURA MATA ITURRALDE**

**Directores:**

**Dr. Enrique Baca García**

**Dr. Hilario Blasco Fontecilla**

**Dr. Juan José Carballo Belloso**



## **AGRADECIMIENTOS**

Son muchas las personas que a lo largo de todos los años de mi formación académica y asistencial me han aportado conocimientos y valores en lo que es ahora mi entendimiento de la psiquiatría. Un periodo que considero importante fue la residencia, por ello agradezco a mis compañeros de aquel entonces, así como a todos mis adjuntos del Hospital Puerta de Hierro, todo lo que me aportaron a lo largo de aquellos inolvidables años que tanta impronta han dejado en mi formación y en mi vida personal.

Quiero agradecer también a mis compañeros del Instituto Psiquiátrico Montreal por ayudarme a entender y valorar a los pacientes de una manera humana y profunda.

A mis compañeros de la Fundación Jiménez Díaz con los que cada día aprendo y de los que he recibido en estos meses mucho apoyo a la hora de preparar mi tesis. En especial quiero agradecer a mis directores de tesis Dr. Enrique Baca, Dr. Juan José Carballo y al Dr. Hilario Blasco que me animaron y apoyaron en este proyecto y a los que les tengo que agradecer la paciencia que han tenido conmigo en todo momento.

Todo esto no habría sido posible sin el apoyo de mi familia, en especial de mi madre que me ha facilitado todo el camino para llegar donde he llegado y quien me ha enseñado valores como el esfuerzo, la constancia y la humildad. Y por supuesto quiero agradecerse a Martín, mi compañero, que ha tenido mucha paciencia conmigo y que me apoya y valora todos los días, haciéndome la vida muy fácil.



<b>1</b>	<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>3</b>
1.1	PRELIMINARES.....	3
1.2	TRASTORNOS DE PERSONALIDAD .....	4
1.2.1	<i>DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN ACTUAL.....</i>	<i>4</i>
1.2.1.1	Personalidad, carácter y temperamento .....	4
1.2.1.2	Trastorno de personalidad .....	5
1.3	MODELOS CLASIFICATORIOS DE LA PERSONALIDAD .....	6
1.4	CLÍNICA DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD .....	9
1.4.1	<i>CLUSTER A.....</i>	<i>9</i>
1.4.1.1	Trastorno paranoide de la personalidad .....	9
1.4.1.2	Trastorno esquizoide de la personalidad .....	10
1.4.1.3	Trastorno esquizotípico de la personalidad .....	10
1.4.2	<i>CLUSTER B.....</i>	<i>11</i>
1.4.2.1	Trastorno límite de personalidad.....	11
1.4.2.2	Trastorno histriónico de la personalidad .....	12
1.4.2.3	Trastorno narcisista de la personalidad .....	13
1.4.2.4	Trastorno antisocial de la personalidad.....	13
1.4.3	<i>CLUSTER C.....</i>	<i>14</i>
1.4.3.1	Trastorno de personalidad por dependencia.....	14
1.4.3.2	Trastorno obsesivo de la personalidad .....	15
1.4.3.3	Trastorno de personalidad por evitación.....	15
1.5	REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: CONTINUIDAD DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN LA INFANCIA Y LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN LA VIDA ADULTA .....	15
1.5.1	<i>EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS EN LA INFANCIA .....</i>	<i>16</i>
1.5.2	<i>PRESENCIA DE EJE I COMO PRECURSOR DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD .....</i>	<i>17</i>
1.5.2.1	Trastornos externalizantes.....	18
1.5.2.2	Trastorno internalizantes .....	21
1.5.3	<i>PRESENCIA DE EJE II EN LA ADOLESCENCIA .....</i>	<i>23</i>
1.5.4	<i>COMORBILIDAD EJE I Y EJE II .....</i>	<i>24</i>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....</b>	<b>27</b>
2.1	OBJETIVOS .....	27
2.2	HIPÓTESIS.....	27
2.2.1	<i>LA PRESENCIA DE ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS INFANTO-JUVENILES ESTÁ ASOCIADA CON LA PRESENCIA DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD EN LA VIDA ADULTA. ....</i>	<i>27</i>
2.2.2	<i>LA PRESENCIA DE COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA EN LA EDAD INFANTO-JUVENIL AUMENTA EL RIESGO DE PRESENTAR UN TRASTORNO DE PERSONALIDAD EN LA VIDA ADULTA.....</i>	<i>28</i>
2.2.3	<i>LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD EN LA ADOLESCENCIA MANTIENEN EL DIAGNÓSTICO EN LA VIDA ADULTA .....</i>	<i>28</i>
2.2.4	<i>LA EDAD DE INICIO DE LOS TRASTORNOS INFANTO-JUVENILES INFLUYE EN EL DESARROLLO DE LOS TRASTORNO DE PERSONALIDAD EN LA VIDA ADULTA .....</i>	<i>28</i>
2.2.5	<i>EL SEXO DE LOS PACIENTES CON TRASTORNOS INFANTO-JUVENILES INFLUYE EN LA EVOLUCIÓN HACIA LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN LA VIDA ADULTA. 28</i>	
<b>3</b>	<b>MATERIAL Y MÉTODO .....</b>	<b>30</b>
3.1	FUNDAMENTOS ÉTICOS DEL ESTUDIO.....	30
3.1.1	<i>IMPLICACIONES ÉTICAS EN LA INVESTIGACIÓN.....</i>	<i>30</i>
3.1.2	<i>CONFIDENCIALIDAD .....</i>	<i>30</i>
3.2	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN .....	30
3.2.1	<i>DESCRIPCIÓN DEL DISEÑO.....</i>	<i>30</i>
3.3	BASE DE DATOS .....	31
3.3.1	<i>SELECCIÓN DE DATOS .....</i>	<i>31</i>
3.3.2	<i>SISTEMA DE INFORMACIÓN.....</i>	<i>32</i>
3.3.3	<i>CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DEL ÁREA METROPOLITANA DE MADRID.....</i>	<i>33</i>
3.3.4	<i>PARTICIPANTES .....</i>	<i>33</i>
3.3.5	<i>SETTING .....</i>	<i>34</i>
3.3.6	<i>VARIABLES.....</i>	<i>34</i>

3.4	ANÁLISIS ESTADÍSTICO .....	34
<b>4</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>37</b>
4.1	ANÁLISIS PROSPECTIVOS.....	37
4.1.1	DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.....	37
4.1.2	DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y SEXO .....	37
4.1.3	VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS .....	37
4.1.4	EVOLUCIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL EJE I EN LA EDAD INFANTO-JUVENIL HACIA LOS EJE II EN LA VIDA ADULTA.....	39
4.1.5	INFLUENCIA DE LA EDAD EN LA PRESENCIA DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD EN LA VIDA ADULTA.....	41
4.1.6	INFLUENCIA DEL SEXO EN LA EVOLUCIÓN HACIA LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN LA VIDA ADULTA.....	41
4.1.7	INFLUENCIA DE LA COMORBILIDAD.....	42
4.1.8	EVOLUCIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD DESDE LA ADOLESCENCIA A LA EDAD ADULTA.....	43
4.2	ANÁLISIS RETROSPECTIVO.....	43
4.2.1	DESCRIPCIÓN MUESTRAL.....	43
4.2.2	DISTRIBUCIÓN POR SEXOS.....	43
4.2.3	VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS .....	44
4.2.4	ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS INFANTO-JUVENILES.....	46
4.2.4.1	Trastorno de ánimo y los trastornos de personalidad.....	46
4.2.4.2	Los trastornos de ansiedad y los trastornos de personalidad.....	47
<b>5</b>	<b>DISCUSIÓN .....</b>	<b>49</b>
5.1	ESTUDIO PROSPECTIVO .....	49
5.1.1	EVOLUCIÓN DE LOS TRASTORNOS INFANTO-JUVENILES .....	49
5.1.1.1	Evolución de los trastornos de ánimo (F3) .....	49
5.1.1.2	Evolución de los trastornos de ansiedad (F4).....	50
5.1.1.3	Evolución de los trastornos alimentarios (F5).....	50
5.1.1.4	Evolución de los trastornos de personalidad (F6) .....	50
5.1.1.5	Evolución de los trastornos del desarrollo (F8).....	51
5.1.1.6	Evolución de los trastornos hipercinéticos (F90).....	51
5.1.1.7	Evolución de los trastornos de conducta (F91).....	52
5.1.2	INFLUENCIA DE LA EDAD DE DIAGNÓSTICO EN LA EVOLUCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD.....	53
5.1.3	INFLUENCIA DEL SEXO EN LA EVOLUCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD.....	53
5.1.4	COMORBILIDAD EN LA EDAD INFANTO-JUVENIL Y SU EVOLUCIÓN HACIA TRASTORNO DE PERSONALIDAD EN LA VIDA ADULTA.....	54
5.2	ESTUDIO RETROSPECTIVO.....	54
5.2.1	EDAD Y SEXO .....	54
5.3	LIMITACIONES .....	55
5.4	INVESTIGACIONES FUTURAS .....	56
<b>6</b>	<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>58</b>
<b>7</b>	<b>TABLAS .....</b>	<b>59</b>
<b>8</b>	<b>FIGURAS .....</b>	<b>63</b>
<b>9</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>65</b>

## 1 INTRODUCCIÓN

### 1.1 PRELIMINARES

En las últimas décadas se ha propuesto que la mayoría de los trastornos psiquiátricos que tienen lugar en la vida adulta tienen su origen en la infancia o adolescencia (Kim J 2003). En el caso de los trastornos de personalidad se ha observado que podrían existir múltiples predecesores en la edad infanto-juvenil que incluyen tanto a los trastornos externalizantes como los internalizantes.

A excepción de los estudios realizados que relacionan el trastorno de conducta en la infancia y la adolescencia y el trastorno de personalidad antisocial en la edad adulta, existe un limitado número de investigaciones que hayan estudiado los precursores clínicos infanto-juveniles que preceden al desarrollo de los trastorno de personalidad. La mayoría de estos estudios han concluido que tanto la presencia de trastornos emocionales como la de trastornos disruptivos en la infancia podrían ser precursores de los trastornos de personalidad en la edad adulta (Lewinsohn PM 1997).

Una de las hipótesis que trata de explicar esta relación entre los trastornos en la infancia y la adolescencia y el desarrollo de un trastorno de personalidad en la etapa adulta se basa en que los trastornos infantiles podrían producir conductas desadaptativas y repuestas del entorno que a la larga contribuirían a la aparición de diversos trastornos mentales, como por ejemplo, un trastorno de personalidad.

A pesar de esta posible relación, lo cierto es que en la actualidad existe un número muy limitado de estudios que hayan evaluado prospectivamente la repercusión de los factores clínicos en niños y adolescentes en el desarrollo de los trastornos de personalidad en la edad adulta. Nuestro estudio se justifica en base a lo escrito previamente:

1) Se ha observado un peor pronóstico en pacientes cuyo trastorno psiquiátrico se inició en la etapa juvenil en relación a aquellos que se iniciaron en la adultez (Carlson GA 2002; Moffitt TE 2002.; Roberts RE 1998; Rosario-Campos MC 2001; Weissman MM 1999c).

2) Estudios de meta-análisis (Roberts RE 1998) han encontrado una prevalencia de entre el 18-20% de los trastornos psiquiátricos de inicio en la infancia y en la adolescencia. Incluso aplicando criterios de disfuncionalidad para definir la presencia de los trastornos psicopatológicos en la población pediátrica, se encontrarían cifras de prevalencia superiores al 10% (Roberts RE 2007).

3) Estudios epidemiológicos prospectivos previos, muestran que, entre un 23% y un 61% de los niños diagnosticados de algún trastorno psiquiátrico, cumplirán criterios diagnósticos, años después, de alguna patología psiquiátrica (Cohen P 1993b; Costello EJ 2003; Fergusson DM 1993; Kashani JH 1983; Lewinsohn PM 1999; McGee R 1990; Reinherz HZ1993; Velez CN 1989).

4) Kim-Cohen et al (Kim J 2003), evaluando datos sobre la persistencia temporal en la vida adulta de los trastornos

psiquiátricos de inicio en la infancia o la adolescencia, concluyeron que la mayoría de los trastornos psiquiátricos evaluados en la etapa adulta, habían sido diagnosticados antes de los 18 años (77.9%) por lo que podrían considerarse extensiones de los mismos.

Sería interesante desarrollar este tipo de investigaciones dado que desarrollando programas efectivos de detección de población en riesgo mejoraría el curso y el pronóstico de estos trastornos.

En este trabajo, nos hemos centrados en dos muestras clínicas. La primera, recoge los pacientes a) diagnosticados de cualquier trastorno psiquiátrico en la infancia y la adolescencia, b) que en el momento de este estudio tenían más de 18 años y c) que continuaron su tratamiento en Salud Mental. Analizaremos esta primera muestra desde un punto de vista prospectivo. La segunda muestra, que analizaremos desde un punto retrospectivo, consiste en pacientes a) entre 18 y 30 años y b) diagnosticados de cualquier trastorno de personalidad entre 1980 y 2009. Contamos para ello con una base de datos de pacientes que realizaron seguimiento en los Servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid.

Los principales objetivos del presente estudio son:

1. Estudiar de forma prospectiva la población diagnosticada en la edad infanto-juvenil en los Servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid y explorar aquellos diagnósticos que se relacionan con el desarrollo de los trastornos de personalidad en la edad adulta.

2. Analizar de forma retrospectiva los antecedentes infanto-juveniles de los pacientes diagnosticados de trastorno de personalidad. En concreto, se tratará de determinar si existe alguna patología infanto-juvenil más relacionada con el desarrollo de trastorno de personalidad en la vida adulta.

## 1.2 TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

### 1.2.1 DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN ACTUAL

#### 1.2.1.1 Personalidad, carácter y temperamento

El término personalidad procede del vocablo latino persona, que originalmente se refería a la máscara asumida por el actor. El término sugería una pretensión de apariencia, es decir, la pretensión de poseer rasgos distintos de aquellos de los que caracteriza realmente a la persona detrás de la máscara. Al cabo del tiempo el término persona perdió ese significado y dejó de ser usado como pretensión e ilusión y pasó a representar no a la máscara si no a la persona real (Millon T 2001).

Hoy en día la personalidad se define como un patrón complejo de características psicológicas profundamente enraizadas, que se expresan de forma automática en casi todas las áreas de la actividad psicológica. Es decir, la personalidad es un patrón de características que configura la constelación completa de la persona. Otros autores complementan esta definición de



personalidad. Así, por ejemplo, Allport la define como una organización dinámica dentro del individuo de los sistemas psicobiológicos que modulan la adaptación a los cambios en el ambiente (Allport W 1937), mientras que Cloninger la considera como sistemas que regulan los procesos cognitivos, ánimo y control de impulsos y de relaciones sociales (Cloninger CR 1994).

La personalidad suele ser confundida con dos términos relacionados con ella: temperamento y carácter.

Allport (Allport W 1937) define el *temperamento* como el conjunto de características internas de un ser humano que dependen del desarrollo constitucional y de su propia genética. Es la parte de la personalidad que tiene más componente heredable, es más estable y es menos influenciado por el entorno sociocultural (Goldsmith 1987).

Según Millon (Millon T 2001) el *carácter* se refiere a las características adquiridas durante nuestra vida y se reserva para la fracción de la personalidad de origen educacional y ambiental.

### **1.2.1.2 Trastorno de personalidad**

Fue en 1980 en el DSM III cuando se realizaron los mayores cambios en la clasificación y conceptualización de los trastornos de personalidad. Se añadieron criterios diagnósticos específicos y los trastornos de personalidad fueron emplazados a un eje separado, el eje II.

Resulta difícil la definición de trastorno de personalidad, como resulta igualmente difícil la diferenciación absolutamente objetiva entre la anormalidad y la normalidad. Como ya indicó Feinstein, todas las definiciones de patología, dolencia, malestar, enfermedad o trastorno están cargadas de valores y son circulares (Feinstein AR 1977), siendo especialmente difícil la clasificación de los trastornos mentales.

Desde un punto de vista general (Rutter M 1987) las características básicas de los trastornos de personalidad son: 1. Inicio en la infancia / adolescencia. 2. Anomalías generalizadas en el funcionamiento que influyen en las relaciones sociales. 3. Persistencia a lo largo del tiempo sin grandes cambios significativos (no episódica).

Millon (Millon T 1969) desde un punto de vista integrador explica la personalidad como fenómenos adaptativos y define a los trastornos de personalidad por tres características: 1) Tendencia a presentar una estabilidad frágil, o una carencia de capacidad de adaptación en condiciones de estrés. Las personas con trastorno de personalidad utilizan la misma estrategia una y otra vez con mínimas variaciones. Así, el estrés va aumentando al igual que la vulnerabilidad. 2) Inflexibilidad. Desde el punto de vista adaptativo, imponen rígidamente sus estrategias en circunstancias en las que no encajan y el entorno debe flexibilizarse al máximo. Cuando el entorno no se adapta surgen las crisis. 3) La tercera es consecuencia de la segunda: dado

que las personas con trastorno de personalidad presentan muchas dificultades en el cambio de sus habilidades de afrontamiento, las repercusiones patológicas se repiten una y otra vez y se generan constantemente situaciones de estrés que se explican por sus propias dificultades en solucionarlas.

### 1.3 MODELOS CLASIFICATORIOS DE LA PERSONALIDAD

Kraepelin definió en su tratado de psiquiatría cuatro tipos de personalidad: el criminal, el inestable, el mentiroso patológico, y el pseudoquerulante. Por otro lado, los autores psicodinámicos han sido poco proclives a la clasificación y han englobado a los trastornos de personalidad en el carácter neurótico en general. Fue Wilhem Reich (Reich W 1949) el primero en delimitar lo que conocemos como individuos histriónicos, compulsivos y pasivo-agresivos, terminología que ha persistido hasta nuestros días. Entre todos los autores, la clasificación de Kurt Schneider (Schneider K 1950) ha sido una de las más influyentes. El criterio fundamental en su definición es que en los trastornos de personalidad existe una ausencia de trastorno mental, concepto que se ha mantenido en el tiempo. Realizó una clasificación de la personalidad en lábiles, hipertímicos, inseguros, necesitados de estimación, fanáticos, asténicos, depresivos, explosivos, desalmados y abúlicos, y aunque con modificaciones, han constituido buena parte del sistema sobre el que se ha constituido las clasificaciones actuales.

La personalidad se puede entender desde una perspectiva categorial y desde una perspectiva dimensional. Desde los modelos categoriales los trastornos de personalidad se consideran entidades patológicas individuales y delimitadas entre sí, constituidos por características que existen en la población de forma discontinua y que por tanto, pueden estar presentes o ausentes. El diagnóstico se basa en puntos de corte, un determinado número de síntomas o criterios previamente establecidos y que asignan a una persona a una categoría concreta.

Así, la definición de los trastornos de personalidad según el DSM IV representaría las pautas persistentes duraderas en el tiempo y arraigadas, que tiene su inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana, que causan deterioro del funcionamiento social, laboral o ambos y se desvían marcadamente de la norma cultural y que se manifiestan en al menos 2 de las siguientes áreas: cognitiva, afectiva, relacional y control de impulsos. El DSM IV presenta una lista de 10 categorías, que se agrupan en tres grupos según las similitudes descriptivas: Grupo A: Excéntrico:, Grupo B: dramático, Grupo C: ansioso- temerosos.

Según la CIE 10 los trastornos de personalidad se agrupan en las siguientes categorías: 1. Trastornos de la personalidad, 2. Trastornos mixtos y otros trastornos, 3. Transformaciones persistentes de la personalidad no atribuibles a enfermedad o lesión cerebral. Las características básicas según la CIE 10 son: Inicio en la adolescencia y edad adulta y continua a lo largo de la vida, se definen como trastornos graves en la constitución

## INTRODUCCIÓN

caracterológica y en las tendencias conductuales del individuo que generalmente afectan a varias áreas de la personalidad y que casi siempre producen deterioro personal y social. El punto donde más se diferencia con el DSM es la clasificación de los trastornos de personalidad esquizotípicos que en el DSM están dentro del grupo A, y en la CIE-10 se incluye en la sección de esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno delirante (F20). Otra diferencia importante es la ausencia en la CIE del trastorno narcisista.

CIE-10	DSM-V-TR
TP paranoide	TP paranoide
TP esquizoide	TP esquizoide
	TP esquizotípico
TP de inestabilidad emocional	TP límite
TP disocial	TP antisocial
TP histriónico	TP histriónico
	TP narcisista
TP dependiente	TP dependiente
TP anancástico	TP obsesivo
TP ansioso (con conducta de evitación)	TP por evitación
TP sin especificación	TP no especificado
Otros TP específicos	

**Tabla 1: Diagnósticos trastorno de personalidad según CIE-10 y DSM-IV**

En los modelos dimensionales el constructo fundamental es el rasgo. Los rasgos se definen como modelos o patrones consistentes de conducta, emoción y cognición que se consideran relativamente estables y que tienen una

distribución continua. Las mismas dimensiones se encuentran en todos los individuos y es la desviación excesiva en el nivel cuantitativo de la misma la que caracteriza a los trastornos de personalidad.

La ventaja de los modelos dimensionales es que favorecen la representación de la individualidad en lugar de forzar la integración de los pacientes en categorías cerradas. Considera la normalidad y la anormalidad como fenómenos de un continuo más que como fenómenos distintos y separables. Sin embargo en el modelo categorial la normalidad está claramente separada de la anormalidad y también existe una distinción clara entre los distintos trastornos.

Según Livesley (Livesley WJ 1998; Livesley WJ 1994; Schoeder ML 1994) en el modelo categorial se producen demasiados solapamientos entre criterios de los distintos trastornos de personalidad y existe demasiada comorbilidad entre ellos. Según este autor los trastornos de personalidad son variaciones extremas de la personalidad asociados al fracaso para conseguir las tareas universales de identidad (autodirección), vínculo, intimidad o afiliación (cooperación) y no formarían categorías discretas sino que formarían una categoría continua.

Desde la introducción del modelo tridimensional de Eysenck (neuroticismo, extroversión, y psicoticismo), que es un ejemplo de modelo dimensional, han proliferado los estudios mediante las técnicas de análisis factorial. La mayoría de

los estudios han coincidido en la existencia de tres o cuatro dimensiones de personalidad básicas.

Una de las más importantes aportaciones en el modelo dimensional ha sido la realizada por Cloninger (Cloninger CR 1994) que también en la línea de Livesley define el trastorno de personalidad como variaciones extremas de los rasgos de temperamento. La personalidad refleja diferencias en las respuestas de los sistemas neuroadaptativos relacionados con el aprendizaje. Las tres dimensiones propuestas son denominadas como: 1) “búsqueda de novedad”: predispone a la persona a la excitación ante estímulos nuevos, lo cual provoca la búsqueda de potenciales recompensas así como la evitación activa de la monotonía y el castigo. 2) La “evitación del daño” refleja una disposición a responder intensamente a los estímulos aversivos, ello comporta que la persona inhiba conductas para evitar el castigo, la novedad y la frustración. 3) La “dependencia del refuerzo” es la tendencia a responder a las señales de recompensa, como la aprobación social.

También dentro del modelo dimensional, Costa y colaboradores definen el modelo de los 5 factores (Mc Crae R 1987; Goldberg LR 1993) según el cual los trastorno de personalidad se caracterizan como los polos extremos de cualquiera de los factores o como la combinación entre ellos. Las dimensiones definidas son neuroticismo, extraversión, amabilidad, responsabilidad y apertura a la experiencia

Otra perspectiva dimensional es el modelo biológico de Siever y Davis (Siever LJ 1991). Estos autores integran las características clínicas con las raíces psicobiológicas y evolutivas. Proponen 4 dimensiones sobre las que giran los trastornos de personalidad, los extremos son el eje I y las presentaciones menos graves serían el eje II. Así se distribuirían de la siguiente manera: la organización cognitivo/perceptiva que aparece en el eje I como esquizofrenia y en el eje II como trastorno esquizotípico, trastorno paranoide y trastorno esquizoide. El segundo es la inestabilidad, en el eje I serían los trastornos afectivos y en el eje II, el trastorno límite y probablemente el histriónico, el tercer factor, la impulsividad, en el eje I, el trastorno del control de impulsos y en el eje II sería el trastorno límite y antisocial y, el cuarto factor sería la ansiedad/inhibición, en el eje I sería el trastorno de ansiedad y en el eje II, el trastorno de personalidad evitativo, y dependiente y obsesivo-compulsivo.

CUATRO DIMENSIONES DE SIEVER & DAVIS	EJE I	EJE II
COGNITIVO/	Esquizofrenia	Esquizotípico
		Paranoide
		Esquizoide
INESTABILIDAD	Trastornos afectivos	Límite
		Histriónico
IMPULSIVIDAD	Trastorno control impulsos	Límite
		Antisocial
ANSIEDAD/ INHIBICIÓN	Trastorno de ansiedad	Evitativo
		Dependiente
		obsesivo- compulsivo

**Tabla 2: Las cuatro dimensiones de Siever & Davis**

A raíz, en 1980, de la inclusión de los trastornos de personalidad en el eje II ha aumentado el interés clínico e investigador en este campo. En el momento actual se ha visto que los límites entre los trastornos son imprecisos y que el modelo categorial no ha sido capaz de resolver y dar una comprensión global y eficaz. En el DSM V se ha creado un sistema híbrido entre el modelo dimensional y categorial, para intentar llegar a una mayor comprensión de estos fenómenos y para poder encontrar las estrategias terapéuticas más específicas que mejoren el futuro de los pacientes. Así el dominio de la personalidad en el DSM V se destina a describir las características de la personalidad de todos los pacientes, tanto si tienen un trastorno de personalidad o no. Los niveles de funcionamiento de la personalidad se basan en la gravedad de las perturbaciones en el funcionamiento interno y el interpersonal. Los cinco tipos de trastornos (por ejemplo, límite, obsesivo compulsivo) son combinaciones de patologías de la personalidad central, rasgos de personalidad y conductas. Los niveles de funcionamiento de la personalidad, el grado de correspondencia entre la personalidad del paciente (trastorno) y un tipo, y los dominios de rasgos de personalidad y las facetas son todas las clasificaciones dimensionales.

### 1.4 CLÍNICA DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

El DSM IV clasifica los trastornos de personalidad en 3 clusters. El cluster A incluiría el trastorno de personalidad paranoide, el esquizoide y el esquizotípico; suelen ser denominados raros o excéntricos. El cluster B que incluye: trastorno de personalidad límite, histriónico y el narcisista, se caracterizan por dramatismo, conducta errática y exceso de emocionalidad, y finalmente el cluster C que incluye: trastorno de personalidad por evitación, el obsesivo y el dependiente, son ansiosos y temerosos. EL DSM IV TR incluye además una categoría residual que es el trastorno de personalidad sin especificar.

#### 1.4.1 CLUSTER A

##### **1.4.1.1 Trastorno paranoide de la personalidad**

El principal rasgo es la suspicacia y la desconfianza hacia la gente. La prevalencia según el DSM IV es entre 2-10%. No parece que exista un predominio familiar. Entre los rasgos clínicos más característicos se encuentra la desconfianza excesiva y la sensación de poder ser dañado por los demás, junto con la hipersensibilidad que produce que se sientan fácilmente ofendidos, tendiendo a evitar la crítica. Es habitual que no se responsabilicen de sus propios actos y que depositen en los demás esta responsabilidad. Son frecuentes la presencia de ideas de referencia y perjuicio que deben ser distinguidos de un trastorno

psicótico, la distinción se basa en el grado de deterioro del juicio de realidad.

### **1.4.1.2 Trastorno esquizoide de la personalidad**

La prevalencia en población general se encuentra entre un 0,4-1,7%, en poblaciones clínicas aumenta hasta de entre un 1 al 16 %. El término esquizoide fue acuñado por Bleuler (Bleuler E 1911), que consideraba que era un rasgo presente en todas las personas y que alcanzaba su grado máximo en la esquizofrenia. Se caracteriza por una tendencia al aislamiento social y mostrar un aspecto limitado de emociones en las situaciones interpersonales. Existe un desapego pasivo y un deseo muy limitado de intimidad (Oldham JM 1991) . El cuadro clínico se presenta como una indiferencia hacia las críticas, una escasa capacidad de disfrute y una incapacidad para expresar sentimientos. Son personas incapaces de experimentar emociones profundas. La diferencia con la esquizofrenia es que no presentan ni delirios ni alucinaciones.

Según Millon (Millon T 2001), en las áreas funcionales son observablemente impasibles, interpersonalmente desvinculados, cognitivamente empobrecidos, haciendo uso de mecanismo de intelectualización. En el ámbito estructural presenta una autoimagen autosuficiente, representaciones objetales escasas, organización indiferenciada y un estado de ánimo apático. Widiger y Costa (Widiger T 2000) describen el trastorno de personalidad esquizoide a partir del modelo de

los 5 factores y se caracteriza por introversión excesiva, poca filiación, bajo gregarismo y bajas emociones positivas.

Desde el punto de vista psicodinámico Winnicott (Winnicott DW 1956) describió este tipo de personalidad como si tuviera un falso sí mismo. La función del sí mismo es proteger el verdadero sí mismo y reaccionar ante sus fallos y experiencias, pero este falso sí mismo no puede más que actuar como un observador neutral.

### **1.4.1.3 Trastorno esquizotípico de la personalidad**

La prevalencia en población general es de 0,1-5,6% siendo más frecuente en el sexo masculino. Bleuler aplicó a estos pacientes el término esquizofrenia latente, según este autor esta es una forma más frecuente de la esquizofrenia y es común entre familiares de esquizofrénicos. Zilboorg (Zilboorg G 1941) los definió como esquizofrénicos ambulatorios, término que según él englobaba las formas menos avanzadas del proceso. El término esquizotípico fue acuñado por Rado. Según este autor, los pacientes poseen potencial congénito para desarrollar síntomas observables de esquizofrenia aunque puede ser que nunca los presenten (Rado S 1959).

Las características clínicas son la excentricidad y la extravagancia. Tienen tendencia a la desorganización, suelen interpretar la realidad de manera errónea y presentan a menudo ideas de referencia, e ideas mágicas. Es habitual que experimenten

alteraciones sensorio-perceptivas, utilizan un lenguaje extraño, tangencial, circunstancial, vago o demasiado metafórico, incluso en ocasiones se pueden observar asociaciones laxas. A nivel de las relaciones sociales, tienen muchas dificultades, siendo habitualmente personas solitarias y aisladas, con escasas habilidades sociales. Las relaciones se ven también deterioradas por su tendencia a la suspicacia.

### 1.4.2 CLUSTER B

#### **1.4.2.1 Trastorno límite de personalidad**

La prevalencia es de entre 0,7 – 2,0% en población general. En una relación de 2:1 mujer: hombre. En población clínica aumenta hasta un 20%. Es uno de los trastornos de personalidad más controvertido con respecto a su clasificación. Tradicionalmente y en términos psicoanalíticos el trastorno de personalidad límite estarían en “el límite” entre la esquizofrenia y los trastornos neuróticos. Otros autores entre los que destaca Akiskal consideran que el trastorno de personalidad límite formaría parte del espectro afectivo. En este sentido Gunderson (Gunderson JG 2004) estudió la relación entre los trastornos afectivos y el trastorno de personalidad límite, intentando contestar a si el trastorno de personalidad límite es primario, secundario a un trastorno afectivo, independientes o si están relacionados de forma inespecífica. Ninguna de las cuatro hipótesis quedó confirmada y concluyeron que eran trastornos independientes pero que coincidían más de lo

esperable por azar. Grinker et al (Grinker RR 1968) en los años 60 describieron cuatro subtipos de trastorno de personalidad límite:

**TIPO I** Border Psicótico: conducta desadaptada, problema con la prueba de realidad, conducta negativa y expresión abierta de enojo.

**TIPO II** Síndrome borderline central: afecto negativo, compromiso vacilante con otros, actuación de enojo.

**TIPO III** Grupo “como si”: tendencia a copiar identidad de otros, falta de afecto, conductas más adaptadas, relaciones carentes de genuinidad.

**TIPO IV** Border neurótico: Depresión anaclítica, ansiedad, rasgos neuróticos y narcisistas.

Hacia 1990 Zarinni y Gunderson (Zarinni MG 1990.) trataron de identificar las características clínicas de los trastornos borderline, y las definieron como: Pensamiento casi-psicótico, automutilación, esfuerzos manipulativos suicidas, preocupación acerca del abandono, demandantes/preterenciosos, regresiones terapéuticas y dificultades contrantransferenciales.

Otto Kernberg (Kernberg OF 1967), buscó caracterizar a los pacientes borderline desde la perspectiva psicoanalítica. Utilizando un abordaje combinado de la psicología del yo y de las relaciones objetales, acuñó el término organización borderline de la personalidad para abarcar a un grupo de pacientes que mostraban patrones característicos de debilidad del yo, operaciones

defensivas primitivas y relaciones de objeto problemáticas. Según Kernberg los síntomas descriptivos no eran suficientes, sino que el diagnóstico descansaba en un análisis estructural que revelaba cuatro rasgos claves:

1. Manifestaciones no específicas de debilidad del yo :

- a. Baja tolerancia a la frustración
- b. Falta de control de impulsos
- c. Falta de desarrollo de canales sublimatorios

2. Desplazamiento hacia pensamiento en proceso primario.

3. Operaciones específicas defensivas:

- a. Escisión
- b. Idealización primitiva
- c. Identificación proyectiva
- d. Negación
- e. Omnipotencia y desvaloración

4. Relaciones de objeto patológico internalizadas.

Según el DSM IV este trastorno se caracteriza por un patrón de inestabilidad en las relaciones personales, autoimagen, afectos y una notable impulsividad.

### **1.4.2.2 Trastorno histriónico de la personalidad**

La prevalencia de este trastorno está entorno al 2-3 % en la población general. En los servicios de salud mental alcanza hasta el 10-15%. En los estudios actuales persiste el predominio en mujeres frente a hombres.

El trastorno histérico fue sustituido en el DSM III por el trastorno histriónico. El origen de la palabra histeria es bien conocido. Fue usado por Hipócrates hace 2400 años. La referencia al útero alude a la excesiva emocionalidad que presentaban las mujeres durante la menstruación.

Schneider clasificó a estos sujetos como buscadores de atención. Según este autor destaca la proclividad a la exageración y a la mentira patológica. Kretschmer (Kretschmer 1921) los describiría como personas tendentes a la expresión teatral, con tendencia a manifestarse de forma vivaz y usaban los intentos de suicidio para manipular. Se ha teorizado mucho acerca de la diferencia entre personalidad histriónica e histérica. Según Kernberg la personalidad histérica está en un nivel de funcionamiento mayor y la personalidad histriónica en un nivel más infantil (Kernberg OF 1992). Gabbard en la misma línea afirmó que las personalidades histriónicas son más lábiles, más impulsivos y más seductores, mientras que las personalidades histéricas son más sutiles en su exhibicionismo y tienen más capacidad de ser exitosos (Gabbard G 1994). Según los psicoanalistas la represión es el mecanismo de defensa más utilizado por estos pacientes, lo que



Freud denominó partición de la consciencia. Se define en el DSM IV como excesiva emotividad y una conducta de búsqueda de atención. Este trastorno se superpone con bastante frecuencia con el trastorno narcisista, el trastorno límite y el trastorno dependiente. Suelen ser sujetos con gran reactividad, suelen tener relaciones fugaces pero intensas. Son seductores, emotivos, con tendencia a la impulsividad, intolerantes a la inactividad, buscan estimulación y aprobación.

### **1.4.2.3 Trastorno narcisista de la personalidad**

La prevalencia del trastorno de personalidad narcisista es de 0,4-0,8% en población general mientras que en población clínica alcanza el 16%. Es más frecuente diagnosticarlo en varones.

El término narciso deriva del mito griego de Narciso; el orgulloso e insensible Narciso es castigado por los dioses por haber rechazado a sus pretendientes masculinos. Narciso se enamora de su propia imagen reflejada en un estanque e intenta seducir al hermoso joven sin darse cuenta de que se trata de él mismo hasta que intenta besarlo. Entristecido de dolor, Narciso se suicida con su espada y su cuerpo se convierte en una flor.

En 1898 Havelock Ellis, un psicólogo inglés, utilizó por primera vez el término narciso como autoerotismo. Fue Kohut quien introdujo por primera vez el término trastorno de personalidad narcisista. Desde la corriente psicoanalítica existe cierta controversia debido a las dos formulaciones teóricas sobre el narcisismo: la psicología

del sí mismo de Kohut y la teoría de las relaciones objetales de Kernberg. Este último delinea un tipo de narcisismo envidioso, ambicioso, codicioso, que demanda atención y elogios de los otros, sin embargo Kohut describe al narcisista como una persona vulnerable y propenso a la fragmentación del self (Kernberg OF 1970; Kohut H 1971).

El trastorno de personalidad narcisista fue incluido en 1980 en el DSM III, aunque no ha sido incluido todavía en la CIE 10. Clínicamente se caracteriza por presentar unos sentimientos de grandiosidad exagerados, es frecuente la preocupación por la fama, el poder y la belleza. Se sienten especiales y mejores que los demás. A menudo son sujetos engreídos y arrogantes e hipersensibles a las críticas. Necesitan de la admiración de los demás, son poco empáticos e interpersonalmente explotadores. Tienden a exagerar capacidades y a transformar sus fracasos en éxitos. Suelen vivir en fantasías inmaduras y de éxito.

### **1.4.2.4 Trastorno antisocial de la personalidad**

La prevalencia será del 0,6 al 3,0% en población general, en poblaciones clínicas varía de un 3% a un 30% y en poblaciones especiales como cárceles se ha observado hasta casi un 75%. Predomina el diagnóstico en hombres.

Es uno de los trastornos más estudiados en las últimas décadas. Philippe Pinel (Pinel P 1806) hizo referencia a la forma conocida como folie raisonnée, en la

persona actúa de forma impulsiva y autopunitiva que mantiene la capacidad de razonamiento conservada y una conciencia total de sus actos. Prichard en 1835 habla de la locura moral (Prichard JC 1835). Sostenía que estas personas pese a entender lo dañino de sus actos, no podían evitar sus comportamientos dominados por una fuerza irrefrenable. La primera descripción clínica de la personalidad psicopática extensa fue por Hervey Cleckley en su obra *The Mask of insanity* (Cleckley H 1941). Cleckley pensaba que padecían una incapacidad innata para entender y expresar el significado de experiencias emocionales. Los distinguió de la criminalidad y la desviación social. A partir del DSM II en 1978 el término personalidad antisocial fue el preferido. Autores como Kernberg han visto al paciente antisocial como una subcategoría del trastorno de personalidad narcisista. Así existiría un continuo desde la conducta antisocial como parte de una neurosis sintomática, pasando por un trastorno de personalidad narcisista con conducta antisocial hasta un trastorno de personalidad antisocial de personalidad más puro (Kernberg OF 1998).

Clínicamente se caracteriza por un patrón impulsivo con baja tolerancia a la frustración, con escasa capacidad de introspección y de valorar las consecuencias de sus actos. Son poco capaces de hacerse cargo de responsabilidades. No aceptan normas morales. No sienten remordimientos y son incapaces de aprender de la experiencia. Debido a la insensibilidad suelen cometer conductas de riesgo.

### 1.4.3 CLUSTER C

#### **1.4.3.1 Trastorno de personalidad por dependencia**

La prevalencia de este trastorno es 1.0-1,7 %. Algunos autores apuntan a que es más frecuente en mujeres.

Los orígenes de éste trastorno tienen lugar en las descripciones psicoanalíticas del carácter oral de Abraham (Abraham K 1921), Fenichel (Fenichel O 1945) y Freud (Freud S 1908). Las teorías psicoanalíticas defienden que la dependencia y la sumisión derivan de la fijación en la fase oral, que es la primera etapa del desarrollo psicosexual. Hoy en día esta teoría no es compartida y la teoría del apego inseguro (Caspi A 2005) es la que ha cobrado más interés en los últimos años (West S 1994). Según estos autores los progenitores de estos pacientes habrían comunicado que la independencia está llena de peligros (Gabbard G 1994).

La característica principal de estos individuos es la necesidad de depositar en los demás todas las responsabilidades importantes porque no se sienten capacitados para hacerlo. Son incapaces de expresar desacuerdo. En las relaciones interpersonales se muestran sumisos y poco asertivos. Emocionalmente se caracterizan por ansiedad, inseguridad, temor y baja autoestima.

### **1.4.3.2 Trastorno obsesivo de la personalidad**

La prevalencia es de un 1% en población general y hasta un 2 % en población clínica.

En 1908 Freud propuso la triada de rasgos que describen el carácter anal: orden, obstinación y parsimonia. Contribuciones más recientes superan la teoría de la fase anal y centran sus interés en la relaciones interpersonales, la autoestima, el manejo de la ira, la dependencia y el estilo cognitivo. Los elementos esenciales de este trastorno son el perfeccionismo, inflexibilidad y control (Oldham JM 1991).

A menudo tienen limitada la expresión del afecto, las relaciones íntimas son un problema, ya que es probable que se escape a su control. La rigidez es también una característica básica. En algunos casos existe devoción por el trabajo y son escrupulosos moralmente. La sintomatología ansiosa, las rumiaciones obsesivas y los síntomas hipocondríacos son muy frecuentes. Es muy frecuente la tendencia a la duda.

### **1.4.3.3 Trastorno de personalidad por evitación**

La prevalencia en población general es de 0,5 a 1 % y en poblaciones clínicas hasta un 10 %.

Fue Kretschmer quien a principio de siglo hizo ya una distinción entre aislamiento activo y aislamiento pasivo, en un continuo entre anestésico e hiperestésico. El anestésico es el precursor del trastorno esquizoide y el

hiperestésico, también aislado, pero excitable, ansioso, tierno, tímido y desconfiado (Kretschmer E 1921).

La teoría del apego explica que los adultos con un apego evitativo se han sentido reprimidos por sus padres o cuidadores en la infancia y por ello están temerosos de desarrollar relaciones íntimas en la adultez (Connors ME 1997). El término personalidad evitativa fue introducido por Millon en 1969 (Millon T 1969).

Clínicamente se caracteriza por un patrón de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa (DSM IV 1995).

Se distancian de las relaciones interpersonales estrechas y evitan las responsabilidades. Ante cualquier negativa se sienten heridos lo que da lugar a aislamiento y pueden llegar a desarrollar cierta desconfianza hacia los demás. Se suelen verse a sí mismos como socialmente inferiores e incompetentes.

### **1.5 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: CONTINUIDAD DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN LA INFANCIA Y LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN LA VIDA ADULTA**

La prevalencia de los trastornos mentales en la infancia adolescencia es del 18-20 %. En estudios prospectivos se ha descrito que alrededor de un 60 % de estos pacientes cumplirán criterios de alguna enfermedad mental en la edad adulta. Sin embargo, todavía hay un conocimiento insuficiente de la evolución y persistencia a largo plazo de los trastornos mentales

infanto-juveniles (Woodward LJ 2001). Algunos hechos que avalan esta importancia, los encontramos en estudios prospectivos que han mostrado que entre el 23 y el 61% de los niños con un diagnóstico psiquiátrico en un momento determinado, vuelven a ser diagnosticados de algún trastorno psiquiátrico en la vida adulta sin que tengan que coincidir (Cohen P1993a; Costello EJ 2003; Costello EJ 2005; Fergusson DM 1993; Kashani JH 1983; Kim-Cohen 2003; Lewinsohn PM 1999; McGee R 1990; Reinherz HZ 1993; Velez CN 1989; Woodward LJ 2001). Del mismo modo, estudios retrospectivos han mostrado que los adultos con un diagnóstico psiquiátrico, tuvieron un trastorno en la infancia (Kim J 2003). Por último, dado que se ha indicado que los trastornos psiquiátricos que se inician en el período de desarrollo se asocian con un peor pronóstico en la etapa adulta, se estima que el desarrollo de investigaciones sobre el inicio y continuidad de estas patologías podría contribuir a un mejor conocimiento del curso y tratamiento de las mismas (Costello EJ 2005).

A continuación analizaremos las 4 vías frecuentes del desarrollo de los trastornos de personalidad en la vida adulta.

### 1.5.1 EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS EN LA INFANCIA

Un gran número de investigaciones han sugerido que los antecedentes de experiencias traumáticas en la infancia como abusos, maltrato físico o negligencias parentales, eran un importante factor de riesgo

de desarrollo de un trastorno de personalidad en la edad adulta (Cicchetti D 1997; Goldman SJ 1995; Raczek SW 1992).

En su estudio longitudinal Johnson y Cohen objetivaron que la presencia de abuso o negligencia en el cuidado en la infancia producía un aumento significativo de cualquier trastorno de personalidad en la adultez joven (Johnson JG 2001).

Los resultados de este estudio se obtuvieron a través de entrevistas psiquiátricas de la población general entre los años 1973 y 1993 a 639 familias. La probabilidad de sufrir un trastorno de personalidad en la edad adulta se multiplicaba por 4 en caso de haber sufrido abuso o negligencia; sobre todo se asociaba a la presencia de un trastorno de personalidad narcisista, antisocial, borderline, esquizotípico, evitativo y pasivo agresivo. Se controló estadísticamente la edad, los trastornos psiquiátricos paternos y la historia temprana de dificultad de carácter. Los resultados de este estudio apoyan los estudios previos en los que se sugiere que cualquier tipo de maltrato en la edad infantil juega un papel importante en la formación de la personalidad. (Drake RE 1988; Laporte L 1996; Maugham B 1997; Paris J 1997).

En la misma línea de estos últimos autores, Kim y Cicchetti (Kim J 2009) mostraron también en varios estudios los efectos del maltrato sobre el desarrollo de personalidades anómalas incidiendo en la importancia que tienen la edad de inicio y la cronicidad, siendo ambos factores importantes a la hora de la construcción de la personalidad del niño y de su ajuste

posterior. En ambos casos el inicio precoz y la cronicidad se relacionó con un peor curso y con un mayor riesgo de presentar trastornos internalizantes y externalizantes en la infancia y de desarrollar un trastorno de personalidad en la vida adulta (Bolger KE 2001; Cicchetti D 1997; Rogosch FA 2004)

Han sido más escasos los estudios que han investigado el efecto que tienen ciertos estilos parentales sobre el desarrollo de personalidades anómalas. Ya que el hogar es generalmente considerado como una de las más importantes fuentes de socialización, es razonable pensar que déficits en la “primera socialización” causados por problemas parentales podrían contribuir a aumentar el riesgo de desarrollar un trastorno de personalidad en la vida adulta. El grupo de Johnson (Johnson JG 1999) investigó de forma prospectiva en población general diferentes estilos parentales en una muestra de 593 familias en infancia, adolescencia, adultez joven y edad adulta y su influencia sobre la personalidad. La presencia de una conducta parental aversiva aumentaba de forma significativa el riesgo de la presencia de un trastorno de personalidad sobre todo de tipo narcisista, borderline, esquizoide, y esquizotípico. El estilo parental caracterizado de una baja afección se relacionó de forma significativa con la presencia de un trastorno de personalidad histriónico, narcisista, antisocial, evitativo, borderline, dependiente, paranoide, pasivo-agresivo, esquizoide y esquizotípico.

Estos resultados apoyan la hipótesis que las conductas paternas y el propio medio, juegan

un papel muy importante en el desarrollo de distintos trastornos psiquiátricos (Andrews B 1990; Rutter M 1997). Examinar el impacto que tiene el maltrato puede mejorar nuestro conocimiento sobre cuan importante es la influencia del medio sobre el desarrollo psíquico del niño y el adolescente.

### 1.5.2 PRESENCIA DE EJE I COMO PRECURSOR DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Investigaciones previas sugieren que existe una fuerte asociación entre las enfermedades psiquiátricas infanto-juveniles y la presencia de un trastorno de personalidad en la vida adulta. Especialmente se ha observado una fuerte asociación entre los trastornos disruptivos de la infancia y los trastornos de personalidad en especial con el trastorno de personalidad antisocial. También se ha observado asociación entre los trastornos del ánimo y los trastornos de personalidad cluster B, así como entre los trastornos de ansiedad y el cluster C y entre los trastornos por consumo de tóxicos y el cluster C.

A continuación examinamos de forma más específica los estudios más recientes que relacionan los antecedentes infanto-juveniles divididos en trastornos externalizantes e internalizantes y su relación con los distintos trastornos de personalidad en la vida adulta.

La distinción entre trastornos internalizantes y externalizantes fue introducida por Achenbach (Achenbach TM 1978) y es bien

conocida y ampliamente utilizada en la psiquiatría infantil. Los trastornos externalizantes, que es uno de los grupos más comunes en la práctica clínica, se refiere a la presencia de conductas disruptivas, hiperactividad y agresividad. En contraste con los trastornos internalizantes en los que destacan los síntomas de inhibición, ansiedad y depresión.

### **1.5.2.1 Trastornos externalizantes**

Existen multitud de estudios que evalúan el curso de estos trastornos a lo largo del tiempo. La mayoría de ellos concluyen que la presencia de conductas disruptivas tienen un efecto a largo plazo hacia el desarrollo de conductas antisociales en el adulto. Simonoff y Elander (Simonoff E 2004) apoyan esta teoría a través de su estudio de 225 gemelos seguidos longitudinalmente durante 10-25 años y seleccionados de una muestra clínica con una edad menor de 16 años al inicio del estudio. Fueron evaluados con la SADS (Schedule for Affective and Schizophrenia) y la personalidad fue medida con la APFA (Adult Personality Functioning Adult life). La psicopatología infantil fue medido a través del RECAP (Retrospective Child and Adolescent Psychopathology). En el momento del análisis de los datos los pacientes tenían una edad media de 38,2 años. El 65% de los pacientes diagnosticados de TDHA o trastorno de conducta presentó un trastorno de personalidad antisocial en la vida adulta. De los pacientes que no tenían antecedentes de trastorno de conducta o TDHA

presentaron en solo un 2,5 % un trastorno de personalidad antisocial. Para estos investigadores no existen diferencias de pronóstico en base a la edad de diagnóstico, en contra de lo que se encuentra habitualmente en la literatura (Moffitt TE 1993). Esto puede deberse a que en este último estudio la psicopatología infantil fue evaluada retrospectivamente.

Lewinsohn (Lewinsohn PM 1997) examinó de forma prospectiva a 299 individuos en población general estudiando el eje I a la edad de 14 y 18 años y más tarde evaluó la presencia de Eje I y Eje II a la edad de 24 años. Para evaluar los trastornos de personalidad se utilizó la PDE (Personality Disorder Examination). La prevalencia de algún trastorno de personalidad fue de 3,8 % en pacientes con antecedentes de eje I en la edad infanto-juvenil y de un 1,7 % entre los participantes sin antecedentes psiquiátricos. Así la presencia de cualquiera de los trastornos externalizantes estudiados (trastorno disruptivo y abuso de sustancias) fueron asociadas con la presencia de un trastorno de personalidad en la vida adulta. El trastorno disruptivo en la infancia se relacionó con 39,1 % de trastorno de personalidad frente a 9,8% sin antecedentes, de estos tenían elevada la puntuación sobre todo de trastorno de personalidad del cluster A y B. El trastorno de conducta se asoció de forma significativa a algunos trastornos del Cluster B (narcisista y antisocial). Los antecedentes de consumo de tóxicos se asociaron a un 28,3% de trastorno de personalidad frente al 8,5 % de trastorno de personalidad sin

antecedentes de consumo de tóxicos.

Berstein y Cohen (Berstein DP 1993) intentaron investigar la presencia de antecedentes infantiles de pacientes diagnosticados de trastorno de personalidad en la adolescencia. La muestra se tomó de la población general: 641 jóvenes evaluados en la infancia y seguidos de forma prospectiva durante 10 años. Para la identificación de los problemas de la infancia se basaron en entrevistas maternas y los diagnósticos en la adolescencia se realizaron con la información maternal y de los propios pacientes. Para estos autores los trastornos de conducta son un predictor independiente de los trastornos de personalidad.

Kasen y Cohen (Kasen S 1999) estudiaron la evolución de los trastornos en eje I y su evolución a eje II en una muestra clínica de 551 jóvenes. Para la evaluación tanto de eje I como eje II se usaron self reports basados en criterios DSM IIIR que evaluaban patologías del eje I y eje II a la edad media de 12,7, 15,2 y 21,1. Estaban aumentadas por 5 las tasas de trastorno de personalidad esquizoide, narcisista y antisocial en pacientes con antecedentes de trastorno disruptivo.

Rey (Rey JM 1995) y su equipo entrevistaron a 145 jóvenes con una media de edad de 19,6 años que habían sido diagnosticados de algún trastorno emocional o disruptivo durante la adolescencia con una media de edad de 13,7 años. Los resultados mostraron que los pacientes con antecedentes de trastorno disruptivo en la

adolescencia presentaron altas tasas de todos los trastornos de personalidad, hasta un 40 % en el seguimiento. Los trastornos disruptivos se asociaron a la presencia de cluster B. Se encontró una correlación positiva significativa entre antecedentes de TDHA y el trastorno de personalidad límite.

Hegeland y colaboradores (Hegeland M 2005) estudiaron 130 pacientes con una media de edad de 43,2 años que habían sido diagnosticados en la adolescencia de algún trastorno emocional y disruptivo y que fueron seguidos durante 28 años y diagnosticados con entrevistas estructuradas basadas en criterios DSM IV. Los pacientes con antecedentes de trastorno disruptivo tenían un diagnóstico de al menos un tipo de trastorno de personalidad en un 64,7%.

Al igual que en el estudio de Rey objetivaron que los adolescentes con trastorno disruptivo tenían con más frecuencia un trastorno de personalidad cluster B que los que tenían diagnóstico de trastorno emocional. El trastorno de personalidad antisocial fue el diagnóstico más frecuente. Todas las personas con diagnóstico de trastorno de personalidad antisocial tenían un diagnóstico previo de trastorno de conducta. El trastorno disruptivo en mujeres estaba más fuertemente asociado al desarrollo de un trastorno de personalidad cluster B que en hombres. El trastorno disruptivo aumentaba el riesgo de trastorno de personalidad antisocial en hombres pero no en mujeres. Estos hallazgos son apoyados por otros autores como Kasen y Torgersen quienes especificaban que los antecedentes

de trastorno disruptivo en mujeres predispone al trastorno de personalidad límite (Kasen S 1999; Torgersen S 2001).

Kasen, Cohen y Skodol evaluaron usando criterios DSM III-R a 551 jóvenes entre los 9 y 16 años de forma prospectiva durante 10 años en tres ocasiones. Según los resultados, los antecedentes de trastorno disruptivo incrementaban de forma significativa las tasas de trastorno de personalidad en adultos jóvenes. Los trastornos disruptivos producían un aumento de los tres clusters.

Existe una especial relación entre el TDHA en la infancia y el trastorno de personalidad antisocial en la vida adulta. En este sentido existen múltiples estudios que intentan demostrar esta asociación. Un ejemplo de estos estudio es el de Barkley (Barkley RA 2004). El estudio consistía en investigar una muestra de 147 jóvenes de una media de edad de 20-21 años diagnosticados de TDHA en la infancia y compararlo con 73 controles a lo largo de 13 años. La información se obtuvo con self reports de pacientes y padres. Los resultados fueron que aquellos que tenían antecedentes de TDHA mostraron más actos delictivos y problemas de conducta incluyendo, robos, asaltos, posesión y consumo de drogas en comparación con el grupo control. Otros autores como Berstein, Murphy y Loeber apoyan los hallazgos anteriores. Este último analizó de forma prospectiva la evolución de los trastornos de conducta y se observó que en un 82% evolucionaron a un trastorno de personalidad antisocial (Murphy KR 2002; Loeber R 2002).

En su estudio Biederman (Biederman J 2006) analiza una muestra de 140 pacientes que habían sido diagnosticados de TDHA en edades comprendidas de 6 a 18 años con criterios de DSM III-R. Se comparó con una muestra de 120 controles sanos. Se investigó a los 10 años el curso de ambas muestra que cuyas N eran de 112 y 105 respectivamente con una media de edad de 22 años. Se propusieron varias categorías para analizar: psicopatología mayor (trastorno de ánimo y psicosis), trastorno de ansiedad, trastorno antisociales (trastorno de conducta, trastorno oposicionista, trastorno de personalidad antisocial), trastorno generalizado del desarrollo y abuso de sustancias. Los resultados fueron que el grupo con antecedentes de TDHA presentaban de forma significativa un aumento del riesgo en todas las categorías estudiadas.

Como ya hemos mencionado anteriormente son muchos los estudios que analizan la relación entre el TDHA y el trastorno de personalidad antisocial pero existe un número limitado de estudios que han investigado la relación de los TDHA con los distintos tipos de trastorno de personalidad distinto al antisocial. Un ejemplo es Millar (Millar C 2008) que en su estudio longitudinal comparó un grupo de 96 participantes diagnosticado de TDHA entre 7 y 11 años con un grupo control de 85 participantes. Fueron seguidos durante 10 años. Los niños fueron evaluados con la IOWA Conners para profesores y con la Diagnostic Interview Schedule for Children. Ya adultos fueron evaluados con la SCID II (Structure Clinical Interview for DSM IV). Los resultados mostraron que



los antecedentes de TDHA en la infancia comparado con no tener antecedentes en la infancia se asociaba a un aumento significativo de presentar un diagnóstico de trastorno de personalidad (principalmente trastorno de personalidad antisocial, límite, narcisista y evitativo). Según este estudio los paciente con TDHA persistente en la adolescencia presentaba mayor riesgo de presentar trastorno de personalidad paranoide y antisocial comparados con aquellos que el TDHA había remitido.

El principal hallazgo fue que los pacientes diagnosticados de TDHA en la infancia tuvieron mas probabilidades de ser diagnosticados de trastorno de personalidad en la adultez joven o a finales de la adolescencia. Estos resultados plantean interrogantes sobre la naturaleza de la relación entre el TDHA y los trastornos de personalidad. Una posibilidad es que el TDHA se trate de un precursor natural de los trastornos de personalidad, considerando el TDHA como una fase prodrómica de los comportamientos típicamente asociados a los trastornos de personalidad (Caspi A 2005). Otra posibilidad que se ha planteado es que las dificultades en la interacción social predisponen al desarrollo de un trastorno de personalidad en la vida adulta. La forma de interactuar con sus iguales y mayores suele producir cierto rechazo. Esto, junto al aislamiento podría suponer un factor de riesgo para el desarrollo de un trastorno de personalidad en la vida adulta.

En general son muchos los autores que están de acuerdo en que la presencia de un trastorno disruptivo

en la edad infanto-juvenil predispone de forma significativa hacia un trastorno de personalidad en la edad adulta, siendo especialmente frecuente la relación con el trastorno de personalidad antisocial.

### **1.5.2.2 Trastorno internalizantes**

Numerosos estudios han intentado evaluar la relación entre los síntomas internalizantes en la infancia y el desarrollo de los trastornos de personalidad en la vida adulta. Como hemos indicado antes, los trastornos internalizantes incluyen los trastornos de ansiedad, los trastornos depresivos, los trastornos con síntomas predominantes de inhibición social y los somáticos.

Lewinsohn objetivó que los antecedentes de trastornos depresivos y el trastorno de ansiedad en la infancia estaban asociados con la presencia de un trastorno de personalidad en la vida adulta. La presencia de un trastorno depresivo en la infancia aumentaba por cuatro la probabilidad de presentar un trastorno de personalidad. De la misma manera, la presencia de antecedentes de un trastorno de ansiedad se observó en 24.4% de los sujetos con trastorno de personalidad etapa adulta frente al 9,4% sin antecedentes de un trastorno de ansiedad. Los trastornos de ansiedad en la infancia se asociaron a la presencia en la edad adulta de cluster A (trastorno de personalidad esquizoide y esquizotípico), B (trastorno de personalidad límite) y C (trastorno de personalidad dependiente y evitativo). En el caso

de los antecedentes depresivos se encontraron tasas elevadas en el cluster A, (trastorno de personalidad paranoide y esquizoide) cluster B (trastorno de personalidad límite) y cluster C (trastorno de personalidad dependiente). Participantes en ese estudio sin diagnóstico en la infancia en el eje I tienen significativamente menos riesgo de padecer un trastorno de personalidad. Pacientes con al menos tres o 4 diagnósticos en el eje I tenían significativamente mayor riesgo de desarrollar un trastorno de personalidad comparado con pacientes con 2 trastornos en el eje I. Según este mismo estudio la presencia de síntomas clínicos de trastorno de personalidad fue asociado a un peor curso de los trastornos de ánimo y trastornos de ansiedad asociados. De la misma manera que la presencia de síntomas depresivos graves contribuye al desarrollo de síntomas más graves del trastorno de personalidad, por ello se ha propuesto la hipótesis de que episodios severos de eje I podría predecir un peor curso del eje II. Bernstein y Cohen estudiaron las categorías infantiles de los trastornos de conducta, trastorno depresivo, trastorno de ansiedad e inmadurez y su relación con los trastornos de personalidad en la vida adulta. Los resultados indicaron que antecedentes de trastorno de personalidad en la adolescencia pudieron ser identificados 10 años antes en forma de trastornos emocionales y trastorno de conducta. Para estos autores los síntomas depresivos han resultado ser un precursor independiente del desarrollo de cluster A en varones mientras que la inmadurez fue un predictor para

cluster B en mujeres (Bernstein DP 1993).

Kasen y Cohen (Kasen S 1999) a través de regresión logística examinaron el efecto independiente del trastorno de ánimo infantil sobre la personalidad adulta. Las tasas de trastorno de personalidad por dependencia, pasivo agresivo, histriónico y antisocial estaban aumentadas en 13, 10, 7 y 3 veces, respectivamente, cuando existía un antecedente de trastorno depresivo mayor. Este efecto fue independiente del género, edad, estatus económico, historia de maltrato infantil, conflicto parental y la presencia de un trastorno de personalidad de la adolescencia ya preexistente y de otros trastornos del eje I en la edad infantil. La tasa de trastorno de personalidad paranoide estaba aumentada por 4 en pacientes con antecedentes de trastorno de ansiedad, aunque, contrariamente a lo esperado no se objetivó un aumento del riesgo del trastorno de personalidad por evitación ni dependiente.

Para Rey (Rey JM 1995) los pacientes con antecedentes de trastorno emocional en la infancia presentaron solo un 12% de trastorno de personalidad. Los varones tuvieron con más probabilidad cluster A y las mujeres cluster C.

En el estudio de Hegeland y colaboradores (Hegeland M 2005) no se objetivaron grandes diferencias en el curso de los pacientes con trastorno disruptivo y trastorno emocional. En estos últimos se objetivó un diagnóstico de trastorno de personalidad en un 57,8% frente a un 64,7% en el caso de antecedentes de trastorno disruptivo. Con respecto a la edad,

cuanta más edad a la hora del diagnóstico, menos probable el diagnóstico de trastorno de personalidad. El trastorno emocional aumenta de forma significativa la probabilidad de cluster C en mujeres y no en hombres. Según estos autores el género es un regulador de la patología y de la continuidad. El efecto modulador del género en cluster B y C sugiere que determinados factores biológicos y socioculturales pueden contribuir a la diferencia del curso en hombres y mujeres con similares trastornos en la adolescencia.

Según Kasen, Cohen y Skodol, los antecedentes de trastorno de ansiedad y trastorno depresivo incrementaba de forma significativa las tasas de trastorno de personalidad en adultos jóvenes.

Los antecedentes de trastorno de ansiedad se relacionaron con altas tasas de trastorno de personalidad cluster A y C mientras que los antecedentes de trastornos depresivos se relacionaron con aumento del trastorno de personalidad del cluster B y C.

En resumen: antecedentes de trastornos emocionales de inicio infanto-juvenil, ya sea trastorno del ánimo o trastorno de ansiedad predisponen a la presencia de un trastorno de personalidad en la edad adulta sin clara predominancia hacia ningún tipo de trastorno de personalidad concreto. En comparación con los trastornos disruptivos, según la mayoría de autores a excepción de Hegeland, que no objetiva diferencia significativa entre ambos, es mayor la influencia de los trastornos disruptivos en su evolución hacia los trastornos de personalidad en la

vida adulta que los trastornos emocionales.

### 1.5.3 PRESENCIA DE EJE II EN LA ADOLESCENCIA

Aunque el uso clínico de los trastornos de personalidad en la adolescencia es relativamente común, el significado y la validez del constructo sigue siendo un tema controvertido. A pesar de ello el DSM IV TR apoya el origen infanto-juvenil de los trastornos de personalidad siendo ya en estas edades reconocible, incluso se permite el diagnóstico de los trastornos de personalidad en la adolescencia si la perturbación es omnipresente, persistente, duradera en el tiempo, y que genera un alteración significativa del funcionamiento del niño.

Según Johnson y su grupo, la presencia de un trastorno de personalidad en la adolescencia oscila entre un 6 y un 17 % (Johnson JG 2006), siendo cifras de prevalencia parecidas a las presentadas por los adultos.

Distintos autores han evaluado la estabilidad diagnóstica de los trastornos de personalidad en los adolescentes con conclusiones dispares. Berstein (Berstein DP 1993) reevaluó a los 2 años a pacientes que habían sido diagnosticados de trastorno de personalidad y comprobó que no persistían en el tiempo ninguno de los tipos de trastorno de personalidad. Similares resultados fueron obtenidos por Wixom (Wixom J 1993) y por Mattanah y Becker (Mattanah JJ 1995). Estos últimos evaluaron a 70 adolescentes diagnosticados de trastorno de personalidad con entrevistas

estructuradas y al cabo de los 2 años se encontró una baja estabilidad diagnóstica.

Sin embargo, para otros autores existe una moderada estabilidad diagnóstica entre los que destaca el grupo de Johnson y Cohen. En su estudio longitudinal sobre población general en una muestra de 717 adolescentes, objetivaron una prevalencia de trastorno de personalidad del 14,4%. Los datos se obtuvieron a través del DISC-I (Diagnostic Interview Schedule for Children) aplicado a participantes y padres. El 5% fue diagnosticado de trastorno de personalidad cluster A, el 7,1% de trastorno de personalidad cluster B y un 4,9% de trastorno de personalidad cluster C. El 68% tuvieron 1 diagnóstico de trastorno de personalidad mientras un 32% tenían 2 o más diagnósticos de trastorno de personalidad. Según este estudio el diagnóstico de trastorno de personalidad era moderadamente estable durante al menos que 3 años.

Los autores que apoyan la estabilidad diagnóstica en los adolescentes creen que la inestabilidad se debe al uso de modelos categoriales a la hora de medir los trastornos de personalidad (De Clerq B 2003; De Clerq B 2004; De Clerq B 2009; De Fruyt F 2006). De Clerq y De Fruyt han aplicado en sus estudios para la personalidad infantil modelos dimensionales como el de los 5 factores incluyendo los mismos componentes que en los adultos: neuroticismo, extraversión, agradabilidad, búsqueda de experiencia y consciencia, encontrando una estabilidad en el tiempo similar a la de los adultos. También Noor (Noor B 2009) observó que las dimensiones

aplicadas a los adultos son identificables y estables ya en los adolescentes.

En lo que parece que existe más acuerdo entre autores es que la presencia de un diagnóstico de trastorno de personalidad en la adolescencia predice una peor evolución, mayor probabilidad de presencia de psicopatología persistente en el futuro y un peor funcionamiento (Berstein DP 1993). Johnson observó que en la evolución del diagnóstico de trastorno de personalidad en la adolescencia aumentaba por 2 el riesgo de padecer algún trastorno del eje I a lo largo de la adultez joven, sobre todo trastornos de ansiedad y trastornos del ánimo. De una forma mas específica el riesgo de abuso de tóxicos estaría aumentado en adolescentes con diagnóstico de cluster B mientras que los intentos de suicidio estarían aumentados en aquellos con diagnóstico de cluster C (Nurnberg HG 1989).

### 1.5.4 COMORBILIDAD EJE I Y EJE II

Al igual que sucede en los adultos, los trastornos de personalidad en la adolescencia presentan altas tasas de comorbilidad con el eje I incluyendo trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, consumo de tóxicos y trastornos del comportamiento.

Existe un número limitado de estudios que exploran la comorbilidad entre eje I y eje II en la adolescencia entre los que destaca el grupo de Cohen y Crawford, que realizó un estudio longitudinal sobre 800 jóvenes seguidos durante 20 años. Se efectuaron tres

mediciones: a los 16, 22 y a los 33 años. El eje I fue medido a través del DISC-1 (Diagnostic Interview Schedule for Children), para el eje II se utilizó el PDQ (Personality Disorder Questionnaire), DSM III R, Personality disorder y el SCID-II (Structured Clinical Interview for DSM IV Personality Disorder). Según este estudio el cluster A presentaba tasas elevadas de comorbilidad con eje I, el 35 % presentaba un trastorno de conducta, el 25 % un trastorno de ansiedad y el 20 % un trastorno depresivo. En el caso del cluster B presentaban en un 47 % un trastorno de conducta asociado, el 38 % presentaba un trastorno de ansiedad y el 28 % un trastorno depresivo. Los pacientes con diagnóstico de un trastorno de personalidad cluster C tenían asociado en un 51% un trastorno de ansiedad, el 34 % un trastorno de conducta y un 23 % un trastorno depresivo.

En otro estudio de Crawford y Cohen (Crawford T 2008) estudiaron la comorbilidad del eje I y II en la adolescencia sobre una muestra poblacional de 629 adolescentes primero con una edad media de 13 ,8 años y después a la edad media de 33,2 años.

El eje II se midió tanto en participantes y padres con criterios DSM III y en adultos con el Structured Clinical Interview for DSM IV Personality Disorder (SCID-II).

El eje I se midió usando el SCID-II (Diagnostic Interview Schedule for children en adolescentes) y en adultos con SCID II (Structured clinical Interview for DSM IV).

En los resultados se observó que el grupo con solo diagnóstico de eje I

fue 9,5%, los pacientes con diagnóstico de solo eje II fue 9,2 % y el porcentaje de comorbilidad eje I y eje II fue de 9,1%.

Entender el significado de la presencia de altas tasas de comorbilidad entre ejes y su inseparable relación supone un desafío permanente. Debido a que cada grupo diagnóstico parece predecir al otro a lo largo de la adolescencia y en su evolución hacia la edad adulta, no podemos concluir que el trastorno del eje I sea la causa del eje II o viceversa. Como mínimo, podemos observar que la ansiedad, la depresión, los problemas de conducta y el trastorno del eje II parecen reforzarse mutuamente cuando co-ocurren (Cohen P 2005).

La presencia de comorbilidad en la época infanto-juvenil se ha relacionado también con un aumento del riesgo de presentar un trastorno de personalidad en la vida adulta (si se compara con la presencia de un solo trastorno tanto en eje I como en eje II en la edad infanto-juvenil) (Kasen S 1999), también se ha relacionado con una peor evolución, un peor funcionamiento en la edad adulta y un peor pronóstico en general.

## Precusores infantiles de los trastornos de la personalidad en la vida adulta

AUTOR/ES	PRINCIPALES HALLAZGOS	MUESTRA	DISEÑO
Rey (1995)	Antecedentes de trastorno emocional padecen un 12% de TP, el trastorno disruptivo un 40%, mas frecuente cluster B.	N=145 Población clínica	Longitudinal prospectivo
Lewinsohn (1997)	Trastorno disruptivos aumenta la probabilidad de TP narcisista. T.de conducta aumenta el riesgo de cluster B. T. de ansiedad se relaciona con aumento de TP cluster A,B,C.	N= 299 Población general	Longitudinal prospectivo
Hegelland (2005)	El 67% de trastorno disruptivo y el 57,8% de los trastornos emocionales presentaron TP.  El trastorno disruptivo se relacionó con mas frecuencia con el cluster B.	N=148 Población clínica	Longitudinal prospectivo
Berstein (1996)	Antecedentes de trastorno depresivo aumenta el riesgo de cluster B. Trastorno de conducta aumenta el riesgo de cluster A,B,C.	N=641 Población general	Longitudinal prospectivo
Kassen (2001)	Antecedentes de trastorno depresivo aumenta el riesgo TP dependiente, antisocial, pasivo-agresivo, histriónico. Antecedentes de trastorno disruptivo: TP Antisocial, narcisista, esquizoide. Antecedentes de trastorno de ansiedad aumenta la probabilidad de TP paranoide.	N= 551 Población general	Longitudinal prospectivo
Miller (2008)	Antecedentes de TDHA se relacionó con un aumento de TP en adulez. Especialmente TP Borderline, Antisocial, Evitativo, narcisista. TDHA persistente tiene tasas aumentadas de TP Antisocial y Paranoide.	N=96 Población clínica	Longitudinal prospectivo
Kassen,Cohen (1999)	Trastorno disruptivo aumenta riesgo de A, B, C. Trastorno depresivo de B y C  Trastorno ansiedad aumento de A y C.	N= 551 Población clínica	Longitudinal prospectivo
Barkley (2004)	Antecedentes de TDHA presentaban mayor consumo de tóxicos y cometían mas actos delictivos que los controles.	N=147 Población clínica	Longitudinal prospectivo
Crawford, Cohen (2008)	Los pacientes que presentaron comorbilidad eje I y II tenían al menos 9 veces incrementado el riesgo de presentar patologia psiquiátrica.	N= 629 Población general	Longitudinal prospectivo
Loeber (2002)	La presencia de un trastorno de conducta en la adolescencia es un predictor importante de TP en la edad adulta	N=163 Población clínica	Longitudinal prospectivo
Johnson y Cohen (1999)	El diagnóstico de TP en la adolescencia aumentaba por 2 el riesgo de a lo largo de la adulez joven. Los pacientes con antecedentes de TP tenían significativamente aumentado el riesgo de padecer trastorno de ansiedad. Antecedentes de cualquier TP tenía aumentado el riesgo de padecer algún trastorno de ánimo. Adolescentes con diagnóstico de cluster C tenían mas riesgo de cometer intentos de suicidio.	N= 717 Población general	Longitudinal prospectivo

**Tabla 3: Resumen revisión bibliográfica**

## 2 OBJETIVOS E HIPÓTESIS

### 2.1 OBJETIVOS

Hasta el momento, sólo un escaso número de investigaciones han estudiado la continuidad de los trastornos psiquiátricos infantiles en la edad adulta. Estos estudios han sido concebidos bajo el planteamiento de que la gran mayoría de los trastornos psiquiátricos en adultos tienen sus raíces en la infancia y la adolescencia.

En el presente estudio tratamos de determinar las tasas de pacientes diagnosticados en la infancia y adolescencia de algún trastorno mental que en la vida adulta han sido diagnosticados de un trastorno de personalidad. Para la consecución de este objetivo nos basaremos en el seguimiento clínico que se realizó de pacientes atendidos en las consultas de psiquiatría y psicología de los Servicios Públicos de Salud Mental de la Comunidad de Madrid y que en el momento del estudio eran mayores de 18 años.

También analizaremos de forma retrospectiva los antecedentes psiquiátricos infanto-juveniles de los pacientes diagnosticados de trastorno de personalidad en la vida adulta, intentando determinar si los pacientes con trastorno de personalidad presentan antecedentes psiquiátricos infanto-juveniles con mayor frecuencia que aquellos pacientes adultos con otros trastornos psiquiátricos

Hay que señalar una ventaja respecto a estudios longitudinales

anteriores, constituida por el hecho de que contamos con datos tomados del seguimiento psiquiátrico, es decir datos de evolución clínica, y no sólo de resultados de evaluaciones psicométricas puntuales.

### 2.2 HIPÓTESIS

#### 2.2.1 LA PRESENCIA DE ANTECEDENTES PSQUIÁTRICOS INFANTO-JUVENILES ESTÁ ASOCIADA CON LA PRESENCIA DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD EN LA VIDA ADULTA.

Realizamos este estudio con la intención de examinar la influencia que ejerce sobre la personalidad adulta la presencia de algún trastorno infanto-juvenil.

Nuestra hipótesis intenta verificar que la presencia de psicopatología infanto-juvenil se asocia a un riesgo incrementado de presentar al menos un trastorno de personalidad en la edad adulta. Para ello se realizará un contraste prospectivo analizando la evolución de distintos trastornos mentales infanto-juveniles hacia los trastornos de personalidad.

Asimismo, realizaremos también un análisis retrospectivo en el que evaluamos la presencia de antecedentes psiquiátricos infanto-juvenil en pacientes diagnosticados de trastorno de personalidad en la vida adulta. Estos datos los compararemos con la presencia de antecedentes psiquiátricos infanto-juveniles en pacientes

diagnosticados de trastorno de ánimo y trastorno de ansiedad en la vida adulta.

### **2.2.2 LA PRESENCIA DE COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA EN LA EDAD INFANTO-JUVENIL AUMENTA EL RIESGO DE PRESENTAR UN TRASTORNO DE PERSONALIDAD EN LA VIDA ADULTA.**

Con la intención de conocer si la presencia de comorbilidad psiquiátrica a lo largo de la edad infanto-juvenil favorece la presencia de un trastorno de personalidad en la vida adulta, evaluaremos de forma prospectiva la presencia de esta y su impacto en la edad adulta. Nuestra hipótesis intenta probar que la comorbilidad psiquiátrica infanto-juvenil es un factor de riesgo que favorece la presencia de trastorno de personalidad en la edad adulta.

### **2.2.3 LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD EN LA ADOLESCENCIA MANTIENEN EL DIAGNÓSTICO EN LA VIDA ADULTA**

Aunque no existe un consenso establecido, un número creciente de autores apoya la validez del diagnóstico de un trastorno de personalidad en la edad adolescente y afirma que presenta una prevalencia y estabilidad diagnóstica similar a la de la etapa adulta.

Hipotetizamos que la identificación clínica de un trastorno de personalidad en la etapa infanto-juvenil estará asociada a una elevada estabilidad diagnóstica en la etapa adulta. Para ello, evaluaremos de forma prospectiva los pacientes diagnosticados de trastorno de personalidad en la edad infanto-juvenil y calcularemos la tasa de continuidad de este diagnóstico en la edad adulta.

### **2.2.4 LA EDAD DE INICIO DE LOS TRASTORNOS INFANTO-JUVENILES INFLUYE EN EL DESARROLLO DE LOS TRASTORNO DE PERSONALIDAD EN LA VIDA ADULTA**

Estudiaremos de forma exploratoria el efecto de la edad de diagnóstico psiquiátrico y su influencia en el desarrollo de un trastorno de personalidad en la vida adulta.

Para ello analizaremos prospectivamente la presencia de una enfermedad psiquiátrica en edad infantil y en la adolescencia y las compararemos, analizando cómo evoluciona dependiendo del momento del diagnóstico hacia un trastorno de personalidad.

### **2.2.5 EL SEXO DE LOS PACIENTES CON TRASTORNOS INFANTO-JUVENILES INFLUYE EN LA EVOLUCIÓN HACIA LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN LA VIDA ADULTA**

De una forma exploratoria se investigará el efecto potencial que tiene el género en el desarrollo de



## OBJETIVOS E HIPOTESIS

---

un trastorno de personalidad en la edad adulta en nuestro grupo de pacientes con antecedentes psiquiátricos. Para ello, examinaremos de forma prospectiva al grupo de varones y al de mujeres y los compararemos.

### 3 MATERIAL Y MÉTODO

#### 3.1 FUNDAMENTOS ÉTICOS DEL ESTUDIO

##### 3.1.1 IMPLICACIONES ÉTICAS EN LA INVESTIGACIÓN.

La investigación tiene implicaciones éticas, fundamentalmente en el campo del estudio de la vulnerabilidad individual (Saiz 1999; Saiz 2000; Saiz and Ibáñez 2001). En el momento actual no existen variables o combinaciones de factores ni biológicos, ni psicosociales, con especificidad suficiente para identificar a los pacientes infantiles que desarrollaran un trastorno de personalidad en la vida adulta. Aun así éste es, precisamente el objetivo de la investigación: el reconocimiento de los factores que incrementan el riesgo de presentar un trastorno de personalidad en la vida adulta con el fin de prevenir y tratar de forma más eficaz estos trastornos. La investigación pretende, de este modo mejorar las bases de la intervención biológica y clínica sobre el paciente infanto-juvenil para lo cual es imprescindible:

- Realizar un óptimo diagnóstico y tratamiento de las enfermedades psiquiátricas
- Valorar detalladamente el contexto psicosocial de los pacientes y sus familias.

##### 3.1.2 CONFIDENCIALIDAD

Los protocolos y la base de datos fueron manipulados exclusivamente por los estadísticos, médicos y psicólogos que participaron en este estudio. Los pacientes se identificaron con un código, para no usar los nombres de los sujetos en los procedimientos estadísticos. Los datos se almacenaron en un archivo informático protegido con un código de seguridad al que sólo tuvieron acceso los investigadores del estudio. Esta investigación fue aprobada por el comité de ética del Hospital Universitario 12 de Octubre y por la Fundación Jiménez Díaz.

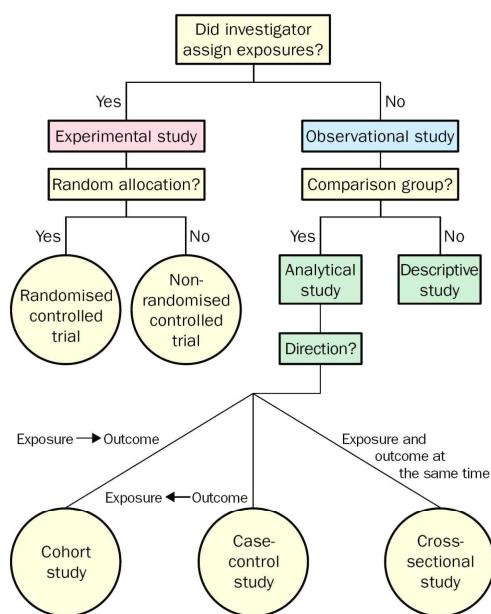
#### 3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

##### 3.2.1 DESCRIPCIÓN DEL DISEÑO

Los diseños de los estudios de investigación se clasifican según tres aspectos (Grimes and Schulz 2002; Kramer and Boivin 1987):

1. Direccionalidad: orden en el que la exposición y el resultado son investigados.
  - a. Prospectivos (seguimiento): cohortes.
  - b. Retrospectivos: Casos-control.
  - c. Simultáneos: cortes transversales.
2. Selección de la muestra: criterio de selección de la muestra:
  - a. Exposición.

- b. Resultado.
  - c. Otros.
3. Temporalidad: relación entre el momento del estudio y el momento de la exposición y resultado.
- a. Históricos.
  - b. Concurrentes.
  - c. Mixtos.



**Figura 1. Taxonomía de los estudios (Lehmann y cols. 1995)**

### 3.3 BASE DE DATOS

El Registro Acumulativo de Casos de la Comunidad de Madrid, es una base de datos iniciada en 1980, en la que se registran todas las visitas producidas en los dispositivos de Salud Mental de la provincia de Madrid. Desde el año 1986 al 1992, se codificaron los diagnósticos de acuerdo a la Clasificación

Internacional de Enfermedades (CIE-9, ICD-9), y desde 1992 se pasó a utilizar en la codificación la clasificación internacional de enfermedades, décima revisión (CIE-10, ICD-10).

Este registro supone un estudio de estabilidad y consistencia diagnóstica a lo largo del tiempo, ya que permite estudios longitudinales, pudiendo establecerse con certeza que los sujetos son los mismos a lo largo del tiempo, ya que se les asigna un código numérico que permanece estable para todas las intervenciones. Para asegurarnos de que a ningún paciente se le asignaba más de un identificador, se revisaron todos los casos y se eliminaron todos los duplicados que se localizaron. Se definió como casos duplicados “pacientes con el mismo, nombre, apellido, género y fecha de nacimiento”, “pacientes con idéntico nombre, apellido, género y dirección”, o “pacientes con idéntico nombre, apellido, género y número de tarjeta sanitaria”.

#### 3.3.1 SELECCIÓN DE DATOS

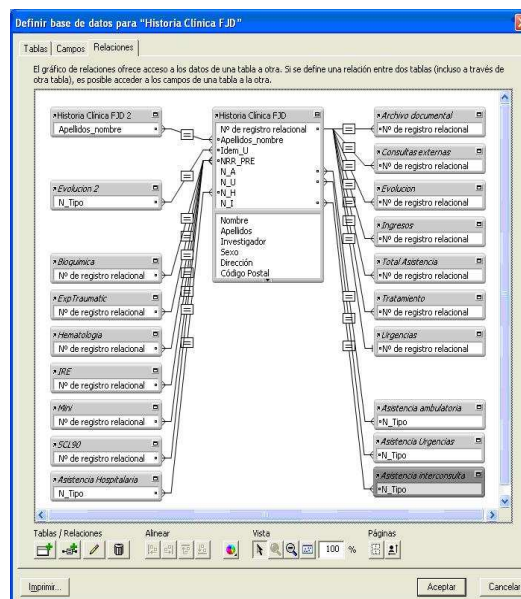
Se extrajeron todos los datos registrados en todas las visitas psiquiátricas infantiles de los dispositivos de Salud Mental de la Comunidad de Madrid. Los diagnósticos realizados mediante el CIE-9 se transformaron en diagnósticos CIE-10 mediante los códigos recomendados en la guía de la Organización Mundial de la Salud (1993).

## 3.3.2 SISTEMA DE INFORMACIÓN DE

Se partió del registro de pacientes de los dispositivos de Salud Mental de toda la Comunidad de Madrid. El registro de casos acumulativos de asistencia psiquiátrica de la Comunidad de Madrid, que se diseñó con el Conjunto Mínimo de Datos (CMBD), recoge la asistencia de los Centros de Salud Mental desde el año 1980 y progresivamente se ha extendido hasta cubrir el 90% de la Comunidad de Madrid. En total recoge la actividad de más de 25 dispositivos de Salud Mental que han atendido a más de 700.000 personas y suman un total de 9.000.000 de asistencias.

Este registro almacena todas las consultas que se realizan. Por tanto es posible obtener la incidencia y prevalencia de cada patología.

Se diseñó una base de datos relacional con el programa File Maker V9.0 para integrar estos registros. A cada paciente se le asignó una clave de identificación numérica y a cada asistencia se le asignó un número correlativo.

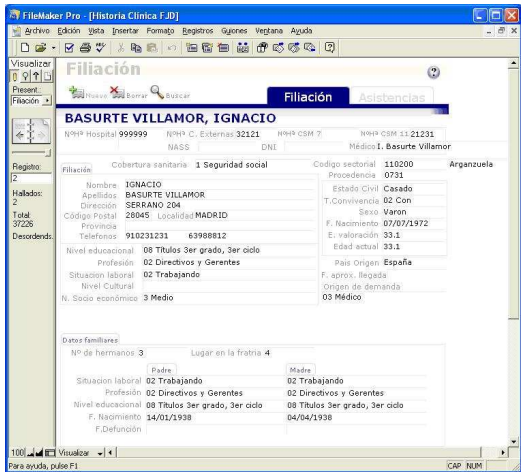


**Figura 2. Diseño relacional de la base de datos FileMaker. Tomado de la tesis doctoral del Dr Ignacio Basurte**

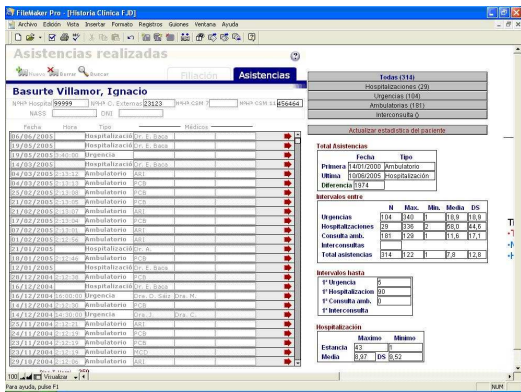
Para realizar el procedimiento de fusión fue necesario un proceso de unificación de las bases de datos, y de depuración de casos y asistencias repetidas. Ya que la CMBC utilizaba para el diagnóstico códigos CIE-9, se emplearon las tablas de conversión acordes a los criterios de la Organización Mundial de la Salud, para la conversión de códigos CIE-9 – CIE-10.

Al mismo tiempo se desarrolló una aplicación que permitía la introducción y consulta de nuevos datos. Este sistema permite fusionar cualquier base de datos desarrollada bajo los requisitos del CMBD.

## MATERIAL Y MÉTODO



**Figura 3. Interface gráfico para introducción y consulta de datos (Filiación). Tomado de la tesis del Dr Ignacio Basurte**



**Figura 4. Interface gráfico para introducción y consulta de datos (Evolución). Tomado de la tesis del Dr Ignacio Basurte**

### 3.3.3 CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DEL ÁREA METROPOLITANA DE MADRID

La población total del área es de 6.270.800 personas de los cuales 3.047.700 son varones y 3.223.100 son mujeres. La población inmigrante es de 1.005.381, lo que supone el 16.03% del total de los censados.

Aproximadamente el 50% son población activa (3.405.500), de los cuales 463.400 están desempleados, lo que supone el 13.60% de la misma.

Los mayores de 16 años conforman un grupo de 5.237.500 personas, de los cuales el 1% es analfabeto, el 22.92% tiene estudios primarios, el 45.09% tiene estudios secundarios, y el 30.86% estudios universitarios o superiores.

### 3.3.4 PARTICIPANTES

De los 432289 pacientes que fueron identificados en los registros acumulativos de la base de datos de los dispositivos asistenciales de los Servicios Salud Mental de la provincia de Madrid desde 1980, se seleccionaron sólo aquellos pacientes que cumplían los siguientes criterios de inclusión:

- 1) Pacientes diagnosticados bajo el sistema de clasificación CIE-10.
- 2) Pacientes que habían sido visto en consultas y diagnosticados al menos dos veces.

Analizaremos 2 submuestras:

- 1) Los pacientes incluidos en el estudio prospectivo son aquellos que fueron evaluados y diagnosticados en la edad infanto-juvenil por un psiquiatra o un psicólogo y continuaron seguimiento en la edad adulta. Estos fueron 8093 pacientes.
- 2) Los pacientes incluidos en el estudio retrospectivo fueron aquellos que habían sido evaluados y diagnosticados por un psiquiatra o un psicólogo entre los 18 y 30 años y tenían antecedentes psiquiátricos

infanto-juveniles. El número era 73749.

### 3.3.5 SETTING

El lugar de evaluación y tratamiento fue el de los distintos dispositivos de la red de Salud Mental Pública de la Comunidad de Madrid.

### 3.3.6 VARIABLES

El diagnóstico se realizó por psiquiatras y psicólogos clínicos, pertenecientes al sistema nacional de salud, de acuerdo a los códigos CIE-9 o CIE-10. Los psiquiatras y psicólogos podían registrar un máximo de dos diagnósticos por paciente y visita, y no conocían los propósitos del estudio.

La CIE 10 agrupa a los trastornos de personalidad dentro de los epígrafes F60-F69.

Códigos diagnósticos CIE-10	Diagnósticos psiquiátricos según CIE-10
F.60.0.	TP paranoide
F.60.1.	TP esquizoide
F.60.2.	TP disocial
F.60.3.	TP inestabilidad
F.60.4.	TP histriónico
F.60.5.	TP anancástico
F.60.6.	TP ansioso
F.60.7.	TP dependiente
F.60.8.	Otros TP
F.60.9.	TP sin especificar

**Tabla 4: Diagnósticos y códigos CIE-10 incluidos en el análisis.**

## 3.4 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Analizaremos por separado las dos submuestras de los estudios prospectivo y retrospectivo:

### Análisis prospectivo:

- 1) Analizamos la evolución de los distintos trastornos infantiles y determinamos el porcentaje de pacientes con los distintos trastornos infantiles en eje I que evolucionan a trastorno de personalidad. Comparamos las tasas de trastorno de personalidad en el adulto entre los diagnósticos seleccionados.
- 2) Como análisis exploratorios adicionales, estudiamos la influencia de la edad de inicio, el sexo y la comorbilidad psiquiátrica en la evolución de los trastornos infanto-juveniles.

Usamos el método Wald's para calcular los intervalos de confianza y los comparamos. Dos intervalos de confianza que comparten un límite o no se solapan se consideran que son estadísticamente diferentes el uno del otro.

### Análisis retrospectivo:

- 1) Inicialmente, analizamos el porcentaje de pacientes adultos que tenían antecedentes infanto-juveniles.
- 2) En segundo lugar, dividimos la muestra en: menores de dos años, de 2 a 6 años, de 6 a 12 años, de 12 a 18 años y adultos y evaluamos la presencia de antecedentes psiquiátricos de los pacientes con trastorno de personalidad en función de la edad de presentación.
- 3) Comparamos también el porcentaje de pacientes con antecedentes infanto-juveniles en pacientes con diagnóstico de trastorno de personalidad puros

frente a pacientes con trastorno de personalidad y comorbilidad con trastorno del ánimo y de trastorno de personalidad y comorbilidad con ansiedad. Para este análisis también se compararon los intervalos de confianza de las prevalencias obtenidas.

- 4) Para intentar validar la primera hipótesis determinamos y comparamos el porcentaje de pacientes con trastorno de personalidad con antecedentes psiquiátricos infanto-juveniles frente al porcentaje de antecedentes psiquiátricos infanto-juveniles de adultos con trastorno de ánimo y también con adultos con trastorno de ansiedad.

Para este análisis se calculan los intervalos de confianza por el método Wald's y comparamos los intervalos de confianza de las prevalencias obtenidas.

Para el estudio estadístico se utilizó el programa SPSS, versión 16.0 (2007).





## 4 RESULTADOS

### 4.1 ANÁLISIS PROSPECTIVOS

#### 4.1.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

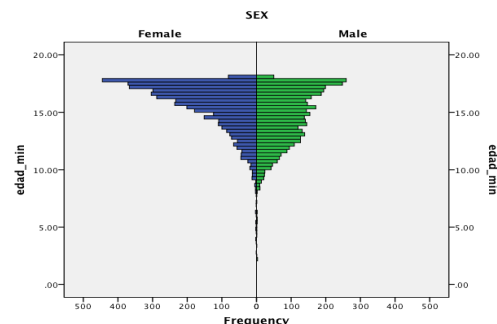
De los pacientes que tenían antecedentes psiquiátricos en la infancia y la adolescencia y continuaron su seguimiento en Salud Mental en la vida adulta (8093), fueron diagnosticados en la edad adulta de trastorno de personalidad 1787 [22,08% IC 95% (0,20-0,23)].

PACIENTES ADULTOS CON ANTECEDENTES PSQUIÁTRICOS INFANTO-JUVENILES SIN DIAGNÓSTICO DE TP.	
Total	6306
%	77,91
CI 95	0,76
CI 95	0,79
PACIENTES ADULTOS CON ANTECEDENTES PSQUIÁTRICOS INFANTO-JUVENILES CON DIAGNÓSTICO DE TP.	
Total	1787
%	22,08
CI 95	0,20
CI 95	0,23

**Tabla 5: Pacientes adultos con o sin trastorno de personalidad con antecedentes infantiles.**

#### 4.1.2 DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y SEXO

En la figura 5 se observa la distribución por sexo según edades, se evidencia una distribución diferente, así las consultas en Salud Mental son más frecuentes en los varones hasta la adolescencia y a partir de aquí hasta los 18 años existe una clara predominancia en la asistencia de las mujeres frente a hombres.



**Figura 5. Distribución prospectiva por edad y sexo.**

#### 4.1.3 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

La primera variable a estudio es el sexo, la distribución fue: un 52,7% mujeres frente a un 47,2% de hombres.

SEXO	Número	%
Mujer	4.268	52,74%
Hombre	3.820	47,20%
Total	8.088	99,94%
Sin Datos	5	0,06%
TOTAL	8.093	100,00%

**Tabla 6: Distribución por sexo**

El estado civil más frecuente fue soltero en un 90,6% frente a casado que fue un 1,4%.

ESTADO CIVIL	Número	%
Casado	112	1,38%
Divorciado	12	0,15%
Soltero	7.333	90,61%
Viudo	5	0,06%
Separado	17	0,21%
Total	7.479	92,41%
Sin datos	614	7,59%
TOTAL	8.093	100,00%

**Tabla 7: Estado Civil**

La siguiente tabla muestra la presencia o no de una incapacidad laboral. Lo más frecuente en nuestra muestra fue que no presentaran incapacidad (92,9%).

INCAPACIDAD	Número	%
Incapacidad permanente	7	0,09%
Sin incapacidad	7.518	92,90%
Incapacidad temporal	8	0,10%
Total	7.533	93,08%
Sin datos	560	6,92%
TOTAL	8.093	100,00%

## Precusores infantiles de los trastornos de la personalidad en la vida adulta

**Tabla 8: Incapacidad Laboral**

El nivel educativo de la muestra fue con más frecuencia tener el graduado escolar (35,8%), un 19,9% tenían bachillerato y solo un 0,4% eran licenciados.

NIVEL EDUCATIVO	Número	%
Nivel educativo: Analfabeto	41	0,51%
Nivel educativo: Sin estudios	112	1,38%
Nivel educativo: primaria	1.338	16,53%
Nivel educativo: Graduado escolar	2.898	35,81%
Nivel educativo: Bachillerato	1.607	19,86%
Nivel educativo: COU	152	1,88%
Nivel educativo: Titulado	92	1,14%
Nivel educativo: licenciado	31	0,38%
Nivel educativo: otros	86	1,06%
Total	6.357	78,55%
Sin datos	1.736	21,45%
<b>TOTAL</b>	<b>8.093</b>	<b>100,00%</b>

**Tabla 9: Nivel educativo de la muestra**

A continuación mostramos el tipo de ocupación de la muestra siendo lo más frecuente “otros” (55,9%).

OCUPACION	Número	%
Sin trabajo	3.036	37,51%
Profesionales y técnicos	84	1,04%
Directivo	7	0,09%
Administrativo	83	1,03%
Comerciales	66	0,82%
Hostelería y servicios seguridad	179	2,21%
Agricultor	5	0,06%
Industria construcción	99	1,22%
Otros	4.524	55,90%
Fuerzas Armadas	10	0,12%
<b>TOTAL</b>	<b>8.093</b>	<b>100,00%</b>

**Tabla 10: Ocupación de los pacientes de la muestra**

La situación laboral más frecuente de la muestra fue que estuvieran estudiando en un 65,6% frente a un 7,2% que se encontraban trabajando.

SITUACION LABORAL	Número	%
Servicio militar	6	0,07%
ILT	57	0,70%
ILP	19	0,23%
Trabajando	584	7,22%
Buscando primer empleo	158	1,95%
Parado con subsidio	63	0,78%
Parado sin subsidio	170	2,10%
Retirado	19	0,23%
Rentista	17	0,21%
Estudiando	5.308	65,59%
Ama de casa	112	1,38%
Total	6.513	80,48%
Sin datos	1.580	19,52%
<b>TOTAL</b>	<b>8.093</b>	<b>100,00%</b>

**Tabla 11: Situación laboral de la muestra**

El tipo de convivencia más habitual en nuestra muestra fue con familiares con un 75,18%, frente a la convivencia solos, en un 0,36% y con cónyuge en un 2,21%

TIPO DE CONVIVENCIA	Número	%
Otros	567	7,01%
Solo	29	0,36%
Conyuge	179	2,21%
Pareja	55	0,68%
Familiares	6.084	75,18%
Solo padre	112	1,38%
Solo madre	658	8,13%
Hijos	18	0,22%
Otros familiares	169	2,09%
Institución	195	2,41%
Total	8.066	99,67%
Sin datos	27	0,33%
<b>TOTAL</b>	<b>8.093</b>	<b>100,00%</b>

**Tabla 12: Tipo de convivencia**

A continuación mostramos los datos de origen de la demanda, siendo lo más frecuente que la demanda proviniese del médico en un 47,14%.

ORIGEN DE LA DEMANDA	Número	%
Familia	151	1,07%
Escuela	34	1,28%
Médico	370	47,14%
Institución	51	39,54%
Otros	29	10,97%
<b>TOTAL</b>	<b>635</b>	<b>100,00%</b>

**Tabla 13: Origen de la demanda**

La ocupación más habitual del padre fue “otros”, tras esto se encontraban los profesionales y técnicos (28,00%).

OCUPACION DEL PADRE	Número	%
Sin trabajo	89	3,98%
Profesionales y técnicos	626	28,00%
Directivos	55	2,46%
Administrativos	142	6,35%
Vendedores y comerciantes	53	2,37%
Hostelería y servicios de seguridad	81	3,62%
Agricultura y ganadería	20	0,89%
Industria, construcción y transporte	181	8,09%
Otros	954	42,67%
Fuerzas Armadas	35	1,57%
<b>TOTAL</b>	<b>2.236</b>	<b>100,00%</b>

**Tabla 14: Ocupación del padre**

Con respecto al nivel educativo de los padres, lo más frecuente era que tuvieran estudios primarios (58,58%), y después graduado escolar (14,94%).

## RESULTADOS

NIVEL EDUCATIVO DEL PADRE	Número	%
Analfabeto	31	1,67%
Sin estudios	119	6,42%
Estudios primarios	1.086	58,58%
Graduado escolar	277	14,94%
Bachiller	183	9,87%
COU	63	3,40%
Titulado universitario	75	4,05%
Licenciado universitario	16	0,86%
Otros	4	0,22%
<b>TOTAL</b>	<b>1.854</b>	<b>100,00%</b>

**Tabla 15: Nivel educativo del padre**

A continuación mostramos los datos de ocupación de las madres de la muestra siendo lo más frecuente “otros”.

OCUPACION DE LA MADRE	Número	%
Sin trabajo	215	9,62%
Profesionales y técnicos	142	6,35%
Directivos	10	0,45%
Administrativos	75	3,36%
Vendedores y comerciantes	29	1,30%
Hostelería y servicios de seguridad	64	2,86%
Agricultura y ganadería	9	0,40%
Industria, construcción y transporte	41	1,83%
Otros	1.587	71,01%
Fuerzas Armadas	63	2,82%
<b>TOTAL</b>	<b>2.235</b>	<b>100,00%</b>

**Tabla 16: Ocupación de la madre**

El nivel educativo más frecuente de las madres de los pacientes de la muestra era haber cursado estudios primarios (62,22%).

NIVEL EDUCATIVO DE LA MADRE	Número	%
Analfabeto	49	2,54%
Sin estudios	152	7,87%
Estudios primarios	1.202	62,22%
Graduado escolar	298	15,42%
Bachiller	134	6,94%
COU	54	2,80%
Titulado universitario	27	1,40%
Licenciado universitario	10	0,52%
Otros	6	0,31%
<b>TOTAL</b>	<b>1.932</b>	<b>100,00%</b>

**Tabla 17: Nivel educativo de la madre**

La siguiente tabla muestra la situación laboral del padre, siendo lo más frecuente que estuvieran trabajando (89,48%).

SITUACIÓN LABORAL DEL PADRE	Número	%
Incapacidad temporal	2	0,34%
Incapacidad permanente	5	0,86%
Trabajando	519	89,48%
Buscando primer empleo	1	0,17%
Paro con subsidio	16	2,76%
Paro sin subsidio	14	2,41%
Retirado, jubilado, pensionista	21	3,62%
Estudiando	2	0,34%
<b>TOTAL</b>	<b>580</b>	<b>100,00%</b>

**Tabla 18: Situación laboral del padre**

La situación laboral más frecuente en las madres de pacientes eran las labores del hogar (54,53%), el 35,75% de las madres trabajaban fuera de casa.

SITUACIÓN LABORAL DE LA MADRE	Número	%
Incapacidad temporal	2	0,33%
Trabajando	217	35,75%
Paro con subsidio	9	1,48%
Paro sin subsidio	13	2,14%
Retirado, jubilado, pensionista	7	1,15%
Estudiando	28	4,61%
Labores del hogar	331	54,53%
<b>TOTAL</b>	<b>607</b>	<b>100,00%</b>

**Tabla 19: Situación laboral de la madre**

### 4.1.4 EVOLUCIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL EJE I EN LA EDAD INFANTO-JUVENIL HACIA LOS EJE II EN LA VIDA ADULTA.

A continuación analizaremos la evolución de los distintos trastornos infanto-juveniles a lo largo del tiempo y lo haremos determinando la tasa de personas diagnosticadas de algún trastorno en la edad infanto-juvenil que después fueron diagnosticados de trastorno de personalidad en la vida adulta. Solo tendremos en cuenta aquellos trastornos que en su evolución al menos el 5% evolucionen a trastorno de personalidad.

Los resultados son los siguientes:

1. De 654 pacientes diagnosticados de un trastorno de ánimo en la infancia/adolescencia, 186 [28,40% IC 95% (23,89-32,98)] fueron diagnosticados de un trastorno de personalidad en la etapa adulta.

## Precusores infantiles de los trastornos de la personalidad en la vida adulta

			F3 (TRASTORNO DEL ANIMO)		
			MENORES DE 18 AÑOS		
F6 (TP)	TOTAL	NO	NO	SI	TOTAL
			5254	468	5722
			0,73	0,71	
			0,47	0,67	
			0,99	0,76	
	SI	SI	1229	186	1415
			0,17	0,28	
			0,04	0,23	
			0,29	0,32	
			6483	654	7137

**Tabla 20: Pacientes con antecedentes de F3 (Trastorno de ánimo).**

2. De 3210 pacientes diagnosticados de algún trastorno de ansiedad en la infancia/adolescencia 597 [18,59% IC 95% (16,82-20,36)] fueron diagnosticados de un trastorno de personalidad en la edad adulta.

			F4 (TRASTORNO DE ANSIEDAD)		
			MENORES DE 18 AÑOS		
F6 (TP)	TOTAL	NO	NO	SI	TOTAL
			2950	2613	5563
			0,42	0,81	
			0,22	0,79	
			0,62	0,83	
	SI	SI	754	597	1351
			0,10	0,18	
			0,006	0,16	
			0,21	0,20	
			3704	3210	6914

**Tabla 21: Pacientes con antecedentes infantiles de F4 (Trastorno de ansiedad)**

3. De los 915 pacientes diagnosticados de algún trastorno alimentario en la infancia/adolescencia, 141 sujetos d [15% IC 95% (12,33-18,48)] fueron diagnosticados en la edad adulta de trastorno de personalidad.

			F5 (TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA)		
			MENORES DE 18 AÑOS		
F6 (TP)	TOTAL	NO	NO	SI	TOTAL
			5364	774	6138
			0,68	0,84	
			0,44	0,81	
			0,92	0,87	
	SI	SI	1530	141	1671
			0,19	0,15	
			0,06	0,12	
			0,32	0,18	
			6894	915	7809

**Tabla 22: Pacientes con antecedentes infantiles de F5 (Trastorno de conducta alimentaria).**

4. De 616 pacientes diagnosticados de algún trastorno del desarrollo en la infancia/adolescencia, 100 sujetos [ 16,23 % IC 95% 12,40-20,06) ] fueron diagnosticados de trastorno de personalidad en la vida adulta.

			F8 (TRASTORNO DEL DESARROLLO)		
			MENORES DE 18 AÑOS		
F6 (TP)	TOTAL	NO	NO	SI	TOTAL
			5747	516	6263
			0,71	0,83	
			0,47	0,79	
			0,95	0,87	
	SI	SI	1664	100	1764
			0,20	0,16	
			0,07	0,12	
			0,33	0,20	
			7411	616	8027

**Tabla 23: Pacientes con antecedentes infantiles de F8 (Trastornos del desarrollo)**

5. De los 137 pacientes diagnosticados de F90 (trastornos hiperkinéticos), 35 [ 25,54% IC 95% (-0,85-1,36)] presentaron un trastorno de personalidad en la vida adulta.

			F90 (TRASTORNO HIPERCINETICOS)		
			MENORES DE 18 AÑOS		
F6 (TP)	TOTAL	NO	NO	SI	TOTAL
			6195	102	6297
			0,76	0,74	
			0,51	1,147268406	
			1,01	2,63	
	SI	SI	1748	35	1783
			0,21	0,25	
			0,08	0,855425809	
			0,34	1,36	
			7943	137	8080

**Tabla 24: Paciente con antecedentes infantiles de F90 (trastornos hiperkinéticos)**

6. De los 287 pacientes diagnosticados de F91 (trastornos disociales), 98 [34,14% IC 95% (-

## RESULTADOS

0,54-1,22)] fueron diagnosticados de trastorno de personalidad en la vida adulta.

			F91 (TRASTORNO DISOCIALES)		
			MENORES DE 18 AÑOS		
			NO	SI	TOTAL
F6 (TP)	TOTAL	NO	6100	189	6289
	%		0,75	0,65	
	IC 95%		0,50	-0,57	
	IC 95%		1,00	1,88	
	TOTAL	SI	1666	98	1764
	%		0,20	0,34	
	IC 95%		0,07	-0,54	
	IC 95%		0,33	1,22	
TOTAL			7766	287	8053

**Tabla 25: Pacientes con antecedentes infantiles de F91 (trastornos disociales)**

7. De los 82 pacientes diagnosticados de F92 (trastornos disociales y de las emociones mixto), 22 [26,82% IC 95% (-1,20-1,73)] fueron diagnosticados de trastorno de personalidad en la vida adulta.

			F92 (TRASTORNO DISOCIALES Y DELAS EMOCIONES MIXTO)		
			MENORES DE 18 AÑOS		
			NO	SI	TOTAL
F6 (TP)	TOTAL	NO	6236	60	6296
	%		0,77	0,73	
	IC 95%		0,52	1,692580219	
	IC 95%		1,02	3,155994853	
	TOTAL	SI	1749	22	1771
	%		0,21	0,26	
	IC 95%		0,08	1,203108817	
	IC 95%		0,35	1,73	
	TOTAL			7985	82

**Tabla 26: Paciente con antecedentes infantiles de F92 (trastornos disociales y de las emociones mixto)**

### 4.1.5 INFLUENCIA DE LA EDAD EN LA PRESENCIA DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD EN LA VIDA ADULTA

A continuación mostramos los resultados de las diferencias en la

evolución dependiendo de la edad de primer diagnóstico psiquiátrico. Dividimos la muestra por edades; edad infantil (menores de 6 años y de 6 a 12 años) y adolescentes (de 12 a 16 años y de 16 a 18 años) y las comparamos entre sí. La presencia de un primer diagnóstico entre los 12 y los 18 años presentaba mayor riesgo de presentar un trastorno de personalidad en la edad adulta comparado con aquellos eran diagnosticados cuando eran menores de 12 años.

De los pacientes que habiendo presentado antecedentes infanto-juveniles que serán después diagnosticados de trastorno de personalidad en la edad adulta un 48,5% han tenido su primer diagnóstico entre los 16 y los 18 años y el 43,5% entre los 12 y los 16 años. Para el estudio de comparaciones usamos Chi cuadrado.

Nuestros datos fueron significativos:  $\chi^2 = 23,13$ ,  $gl = 3$ ,  $p < 0,001$ .

		Menores de 6 años	De 6 a 12 años	De 12 a 16 años	De 16 a 18 años	Total
TP	%	0,30%	11,40%	43,80%	44,50%	100,00%
	No Total	22	716	2.759	2.809	6.306
	Si	0,10%	7,90%	43,50%	48,50%	100,00%
Total		2	141	778	866	1.787

**Tabla 27: Edad del primer diagnóstico psiquiátrico y su evolución a trastorno de personalidad**

### 4.1.6 INFLUENCIA DEL SEXO EN LA EVOLUCIÓN HACIA LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN LA VIDA ADULTA.

Del total de los 8093 la muestra se dividió en 4268 mujeres [52,7% IC 95% (0,51-0,54)] y 3820 [47,2% IC 95% (0,45-0,48)] de hombres.

La presencia de trastorno de personalidad en pacientes con antecedentes psiquiátricos infantiles es significativamente mayor en hombres que en mujeres. En el caso de las mujeres 3390 [79% IC 95% (0,78-0,80)] presentaban antecedentes psiquiátricos infanto-juveniles pero no diagnóstico de trastorno de personalidad frente a 878 [20,57% IC 95% (0,19-0,217)] que presentaban antecedentes psiquiátricos infanto-juveniles y diagnóstico de trastorno de personalidad.

Por parte de los hombres 2912 [76,23% IC 95% (0,75-0,77)] no presentaron diagnóstico de trastorno de personalidad frente a 908 [23,76% IC 95 % (0,22-0,24)] con antecedentes psiquiátricos infanto-juveniles y diagnóstico de trastorno de personalidad.

MUJERES ADULTAS DE LA MUESTRA	
Total	4268
%	52,76
CI 95	0,51
IC 95	0,54
MUJERES ADULTAS DIAGNOSTICADAS DE TP	
Total	878
%	20,57
IC 95	0,19
IC 95	0,21
MUJERES ADULTAS SIN DIAGNÓSTICO DE TP	
Total	3390
%	79,42
IC 95	0,78
IC 95	0,80

**Tabla 28: Diagnóstico de F6 (trastorno de personalidad) en mujeres**

VARONES ADULTOS DE LA MUESTRA	
Total	3820
%	47,23
IC 95	0,45
IC 95	0,48
VARONES ADULTOS DIAGNOSTICADOS DE TP	
Total	908
%	23,76
IC 95	0,22
IC 95	0,24
VARONES ADULTOS SIN DIAGNÓSTICO DE TP	
Total	2912
%	76,23
IC 95	0,75
IC 95	0,77

**Tabla 29: Diagnóstico de F6 (trastorno de personalidad) en hombres**

### 4.1.7 INFLUENCIA DE LA COMORBILIDAD

En este apartado analizaremos la influencia de la presencia de comorbilidad y de qué manera afecta en el posible desarrollo de un trastorno de personalidad.

En este punto debemos aclarar el concepto de comorbilidad. Utilizaremos el término de comorbilidad como la presencia de varios trastornos psiquiátricos en un mismo paciente en pacientes menores de 18 años.

De los 8093 pacientes de nuestra muestra que presentaba antecedentes infanto-juveniles y que después fueron seguidos hasta la edad adulta presentaron diagnóstico de trastorno de personalidad 1787, 22%, de los cuales 1581 [88,52 % IC 95% (0,86-0,90)], tenían antecedentes de comorbilidad psiquiátrica en la edad infanto-juvenil. Los pacientes que

## RESULTADOS

no presentaban comorbilidad en su historia infanto-juvenil fueron 250 [11,47% IC 95% (0,09-0,134)].

### 4.1.8 EVOLUCIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD DESDE LA ADOLESCENCIA A LA EDAD ADULTA

Los pacientes diagnosticados de trastorno de personalidad en la adolescencia fueron 557 [6,88 % IC 95% (0,061-0,076)] de estos pacientes, en la edad adulta fueron diagnosticados de trastorno de personalidad 335 [4,139 % IC 95% (0,035-0,047)]. Según nuestros datos la presencia de un diagnóstico de trastorno de personalidad en la adolescencia disminuye de forma significativa al pasar a la edad adulta.

La mayoría de diagnósticos de trastorno de personalidad en una población con antecedentes psiquiátricos infanto-juveniles se hacen en la vida adulta. Siendo 824 pacientes adultos con antecedentes psiquiátricos infanto-juveniles [10,18% IC 95% (0,093-0,1104)], los que en la adultez fueron diagnosticados de trastorno de personalidad.

		EDAD DE DIAGNÓSTICO				
		No diagnóstico	Niños 6-12 años	Adolescentes 12-18 años	Adultos	Total
F6 (TP)	No diagnóstico	6306	0	0	0	6306
	%	0,78	0,0	0,0	0,0	
	IC 95%	0,0	0,0	0,0	0,0	
	IC 95%	0,0	0,0	0,0	0,0	
	Niños 6-12 años	0	43	16	12	71
	%	0	0,0	0,0	0,0	
	IC 95%	0,0	0,0	0,0	0,0	
	IC 95%	0,0	0,0	0,0	0,0	
	Adolescentes 12-18 años	0	0	557	335	892
	%	0,0	0,0	0,06	0,04	
	IC 95%	0,0	0,0	0,06	0,03	
	IC 95%	0,0	0,0	0,07	0,04	
	Adultos	0	0	0	824	824
	%	0,0	0,0	0,0	0,10	
	IC 95%	0,0	0,0	0,0	0,09	
	IC 95%	0,0	0,0	0,0	0,11	
TOTAL		6306	43	573	1171	8093

**Tabla 30: Presencia de F6 (trastorno de personalidad) por edad**

A continuación se muestra el estudio retrospectivo confirmatorio.

## 4.2 ANÁLISIS RETROSPECTIVO

### 4.2.1 DESCRIPCIÓN MUESTRAL

De un total de 432289 pacientes, un 17,06% (73749 pacientes), de la muestra realizaban seguimiento entre los 18 y 30 años. La mayoría de estos pacientes fueron evaluados por primera vez en la etapa adulta (80,7%).

A continuación se indican los datos sociodemográficos más relevantes de la muestra entre 18 y 30 años con antecedentes psiquiátricos infantiles (N=73749).

### 4.2.2 DISTRIBUCIÓN POR SEXOS

La distribución por sexos de la muestra fue mujeres un 63,7% y varones 36,3%. La presencia de antecedentes psiquiátricos infantiles era significativamente mayor en hombres cuando estos se habían presentado entre las franjas de edad entre 2-6 años con un 0,67 IC (0,5-0,08) y entre los 6-12 años, [5,89% IC 95% (5,52-6,26)], a partir de la adolescencia la presencia de antecedentes es significativamente mayor a favor de las mujeres, siendo en la adolescencia un [14,84% IC 95% (14,41-15,26)] y en adultos [81,92% IC 95% (81,46-82,37)].



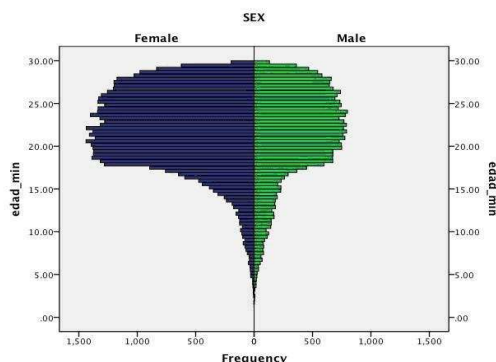


Figura 6. Distribución retrospectiva por edad y sexo.

## 4.2.3 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

La primera variable a estudiar es la distribución por sexos, el 63% de la muestra eran mujeres y el 36,3 % eran hombres. En la tabla siguiente se refleja el nivel educativo de los pacientes de la muestra siendo el más frecuente el graduado escolar (28,1%), junto con estudios de primaria (23,2%) y bachillerato (22,8%) frente a los analfabetos (0,5).

NIVEL EDUCATIVO		EDAD					Total
		Niños menores de 23 meses	Niños de 2-6 años	Niños de 6-12 años	Adolescentes de 12-18 años	Adultos	
Analfabeto	Total	0	7	20	75	245	347
	%	0%	0%	0,00%	0,10%	0%	0,50%
Sin estudios	Total	2	60	169	321	1070	1645
	%	0%	0%	0,30%	0,50%	2%	2,50%
Estudios primarios	Total	2	80	732	2594	11809	15207
	%	0%	0,10%	1,10%	3,90%	18,00%	23,20%
Graduado escolar	Total	0	45	668	3385	14385	18483
	%	0%	0,10%	1,00%	5,20%	22%	28,10%
Bachillerato	Total	0	10	121	1497	13341	14969
	%	0%	0,00%	0,20%	2%	20%	22,80%
COB	Total	0	1	11	203	5989	6194
	%	0%	0%	0,00%	0,30%	9%	9,40%
Titulado	Total	1	2	19	116	5353	5491
	%	0%	0%	0,00%	0,20%	8%	8,40%
Licenciado	Total	0	1	9	49	2039	2098
	%	0%	0,00%	0%	0,10%	3%	3,20%
Otros	Total	0	4	15	66	1115	1200
	%	0,00%	0,00%	0,00%	0,10%	1,70%	1,80%
TOTAL	Total	5	210	1784	8295	55306	65001
	%	0,00%	0,30%	2,70%	12,60%	84,30%	100%

Tabla 31: Nivel educativo de la muestra.

En la siguiente tabla mostramos la ocupación de estos pacientes siendo lo más frecuente que estuviesen sin trabajo (39,2%), la agrupación más frecuente fue “otros” frente a la ocupación menos habitual que fue los directivos (0,3%).

Con respecto a la situación laboral, el 40% de los pacientes se encontraba trabajando, el 36% estudiando y solo un 0,1% vivía de algún tipo de pensión.

OCUPACIÓN		EDAD					Total
		Niños menores de 23 meses	Niños de 2-6 años	Niños de 6-12 años	Adolescentes de 12-18 años	Adultos	
Sin trabajo	Total	6	131	1567	6721	20511	28936
	%	0%	0%	2,10%	5,10%	28%	39,20%
Profesionales	Total	0	2	9	74	4406	4491
	%	0%	0%	0,00%	0,10%	6%	6,10%
Directivo	Total	0	1	2	15	236	254
	%	0%	0,00%	0,00%	0,00%	0,30%	0,30%
Administrativo	Total	0	1	10	84	5296	5391
	%	0%	0,00%	0,00%	0,10%	7%	7,30%
Comercial	Total	0	12	145	4200	4959	4959
	%	0%	0,00%	0,00%	0%	6%	5,90%
Hostelería	Total	0	2	27	268	7416	7713
	%	0%	0%	0,00%	0,40%	10%	10,50%
Agricultura	Total	0	0	1	9	265	275
	%	0%	0%	0,00%	0,00%	0%	0,40%
Industria	Total	0	1	15	119	3410	3545
	%	0%	0,00%	0%	0,20%	5%	5,40%
Otros	Total	3	207	1285	3477	13681	18653
	%	0,00%	0,30%	1,70%	4,70%	15,50%	25,30%
Fuerzas armadas	Total	0	0	2	13	130	145
	%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,20%	0,20%
TOTAL	Total	9	347	2930	10925	59531	73742
	%	0,00%	0,50%	4,00%	14,80%	80,70%	100%

Tabla 32: Ocupación de la muestra

SITUACIÓN LABORAL		EDAD					Total
		Niños menores de 23 meses	Niños de 2-6 años	Niños de 6-12 años	Adolescentes de 12-18 años	Adultos	
Serviciomilitar	Total	0	0	2	3	139	144
	%	0%	0%	0,00%	0,00%	0%	0,20%
ILT	Total	0	0	10	62	3054	3126
	%	0%	0%	0,00%	0,10%	5%	4,90%
ILP	Total	0	0	1	22	153	176
	%	0%	0,00%	0,00%	0,00%	0,20%	35,00%
Trabajando	Total	0	12	66	748	24812	25638
	%	0%	0,00%	0,10%	1,20%	39%	40,10%
Buscando primer empleo	Total	0	0	16	165	1709	1910
	%	0%	0,00%	0,00%	0%	3%	3,00%
Parado con subsidio	Total	0	2	4	60	2012	2078
	%	0%	0%	0,00%	0,10%	3%	3,20%
Parado sin subsidio	Total	0	2	21	214	4406	4643
	%	0%	0%	0,00%	0,30%	7%	7,30%
Retirado	Total	0	0	4	22	229	255
	%	0%	0,00%	0%	0,00%	0%	0,40%
Rentista	Total	0	0	4	18	68	90
	%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,10%	0,10%
Estudiando	Total	4	217	2166	7658	13512	23557
	%	0,00%	0,30%	3,40%	12,00%	21,10%	36,80%
Ama de casa	Total	0	4	18	116	2185	2323
	%	0,00%	0,00%	0,00%	0,20%	3,40%	3,60%
TOTAL	Total	4	237	2312	9108	52279	63940
	%	0,00%	0,40%	3,60%	14,20%	81,80%	100%

Tabla 33: Situación laboral de la muestra.

Analizamos en la siguiente tabla el origen de la demanda de tratamiento. Lo más frecuente es que era por parte del médico y en un 26,9% por parte de la familia.



## RESULTADOS

ORIGEN DE LA DEMANDA		EDAD				
		23 meses	años	años de 12-18 años	Adultos	Total
Familia	Total	0	19	338	465	849
	%	0,00%	0,60%	10,70%	14,00%	26,30%
Escuela	Total	0	16	118	112	252
	%	0,00%	0,50%	3,70%	3,60%	8,80%
Médico	Total	2	86	624	1100	1888
	%	0,10%	2,70%	19,80%	34,90%	59,30%
Institución	Total	1	3	33	57	96
	%	0,00%	0,10%	1,00%	1,80%	0,10%
Otros	Total	0	5	17	61	87
	%	0,00%	0,50%	0,50%	1,90%	2,80%
TOTAL	Total	3	129	1130	1795	3152
	%	0,10%	4,10%	35,90%	56,90%	100%

**Tabla 34: Origen de la demanda de la muestra.**

Analizamos ahora la ocupación y el nivel educativo de los padres, y al igual que en los pacientes la ocupación más habitual fue “otros” (20,4%), seguido de la construcción e industria frente al trabajo en las fuerzas armadas que fue el menos frecuente (0,8%). El nivel de estudios fue al igual que en pacientes los estudios primarios (43%), frente a la presencia de analfabetismo (0,9%) y estudios universitarios (1,9%).

OCUPACIÓN PADRE		EDAD				
		23 meses	años	años de 12-18 años	Adultos	Total
Sin trabajo	Total	0	15	162	330	529
	%	0,00%	0,40%	3,90%	7,90%	12,70%
Técnicos	Total	2	43	248	338	650
	%	0,00%	1,00%	5,90%	8,10%	15,60%
Directivos	Total	0	6	37	69	121
	%	0,00%	0,10%	0,90%	1,70%	2,90%
Administrativos	Total	0	14	110	170	301
	%	0,00%	0,30%	2,60%	4,10%	7,20%
Comerciales	Total	0	7	76	136	226
	%	0,00%	0,20%	1,80%	3,30%	5,40%
Hostelería	Total	2	22	239	308	586
	%	0,00%	0,50%	5,70%	7,40%	14,00%
Agricultura/	Total	0	2	18	23	46
	%	0,00%	0,00%	0,40%	0,60%	1,10%
Industria/	Total	0	32	306	468	831
	%	0,00%	0,80%	7,30%	11,20%	19,90%
Otros	Total	1	64	344	395	852
	%	0,00%	1,50%	8,20%	9,50%	20,40%
Fuerzas armadas	Total	0	3	15	15	33
	%	0,00%	0,10%	0,40%	0,40%	0,80%
TOTAL	Total	5	208	1555	2252	4175
	%	0,10%	5,00%	37,20%	53,90%	100,00%

**Tabla 35: Ocupación del padre**

NIVEL EDUCATIVO PADRE		EDAD				
		Niños menores de 23 meses	Niños de 2-6 años	Niños de 6-12 de 12-18 años	Adolescentes	Total
Analfabeto	Total	0	1	11	17	33
	%	0,00%	0,00%	0,30%	0,50%	0,90%
Sin estudios	Total	0	9	89	148	255
	%	0,00%	0,30%	2,50%	4,20%	7,20%
Primarios	Total	1	87	617	773	1536
	%	0,00%	2,50%	17,50%	21,90%	43,60%
Graduado escolar	Total	2	43	374	448	890
	%	0,10%	1,20%	10,60%	12,70%	25,30%
Bachiller	Total	0	29	147	227	417
	%	0,00%	0,80%	4,20%	6,40%	11,80%
COU	Total	0	6	38	84	138
	%	0,00%	0,2%	1,10%	2,40%	3,90%
Título universitario	Total	1	9	49	106	169
	%	0,00%	0,30%	1,40%	3,00%	4,00%
Licenciado universitario	Total	0	2	13	49	88
	%	0,00%	0,10%	0,40%	1,40%	1,90%
Otros	Total	1	0	8	10	19
	%	0,00%	0,00%	0,20%	0,30%	0,50%
TOTAL	Total	5	186	1346	1862	3523
	%	0,10%	5,30%	38,20%	52,90%	100,00%

**Tabla 36: Nivel educativo padre**

SITUACIÓN LABORAL PADRE		EDAD				
		Niños menores de 23 meses	Niños de 2-6 años	Niños de 6-12 de 12-18 años	Adolescentes	Total
Incapacidad laboral	Total	0	0	11	17	28
	%	0,00%	0,00%	0,40%	0,60%	1,00%
Incapacidad permanente	Total	0	0	7	18	25
	%	0,00%	0,00%	0,20%	0,60%	0,90%
Trabajando	Total	3	110	898	1379	2457
	%	0,10%	3,90%	21,80%	46,30%	86,90%
Buscando primer empleo	Total	0	0	7	8	15
	%	0,00%	0,00%	0,20%	0,30%	0,50%
Paro con subsidio	Total	0	4	33	56	98
	%	0,00%	0,10%	1,20%	2,00%	3,50%
Paro sin subsidio	Total	0	4	47	48	106
	%	0,00%	0,10%	1,70%	1,70%	3,70%
Jubilado	Total	0	4	19	55	85
	%	0,00%	0,10%	0,60%	1,90%	3,30%
Estudiando	Total	0	0	6	4	10
	%	0,00%	0,00%	0,20%	0,10%	0,4%
Labores del hogar	Total	0	1	1	1	3
	%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,10%
TOTAL	Total	3	123	1028	1586	2802
	%	0,10%	4,40%	36,40%	56,10%	100,00%

**Tabla 37: Situación laboral padre**

La situación laboral de los padres era principalmente trabajando (86%), sólo el 0,1% se dedicaba a las labores del hogar y un 0,9% tenían una incapacidad permanente.

En el caso de las madres de pacientes el 26% estaban sin trabajo y las que trabajaban que era un 40% se dedican con mayor frecuencia al sector de “otros”.

## Precusores infantiles de los trastornos de la personalidad en la vida adulta

SITUACIÓN LABORAL MADRE		EDAD				
		Niños menores de 23 meses	Niños de 2-6 años	Niños de 6-12 años	Adolescentes de 12-18 años	Adultos
Incapacidad laboral	Total	0	1	6	4	1
	%	0%	0%	0,30%	0,10%	0%
Incapacidad permanente	Total	0	0	5	3	1
	%	0%	0%	0,20%	0,10%	0%
Trabajando	Total	1	32	378	776	32
	%	0%	1,10%	12,60%	25,00%	1,10%
Buscando primer empleo	Total	0	3	5	3	0
	%	0%	0,10%	0,20%	0,10%	0%
Paro con subsidio	Total	0	4	26	24	1
	%	0%	0,10%	0,90%	8%	0%
Paro sin subsidio	Total	0	1	21	47	1
	%	0%	0%	0,70%	1,60%	0%
Jubilado	Total	0	0	12	11	0
	%	0%	0%	0,40%	0,40%	0%
Estudiando	Total	0	5	31	43	1
	%	0%	0,20%	1%	1,40%	0%
Labores del hogar	Total	2	83	808	773	47
	%	0,10%	2,80%	26,30%	25,00%	1,60%
TOTAL	Total	3	129	1094	1604	84
	%	0,10%	4,30%	36,50%	56,20%	2,90%

Tabla 38: Situación laboral madre

La situación laboral de las madres era algo diferente a la de los padres ya que solo un 40% trabajaban fuera de casa y un 50% se dedicaba a las labores del hogar. Sólo un 0,3% tenían una incapacidad laboral permanente.

NIVEL EDUCATIVO MADRE		EDAD				
		Niños menores de 23 meses	Niños de 2-6 años	Niños de 6-12 años	Adolescentes de 12-18 años	Adultos
Analfabeto	Total	0	0	16	30	3
	%	0,00%	0,00%	0,40%	0,80%	0,10%
Sin estudios	Total	0	11	122	180	15
	%	0,00%	0,30%	3,20%	4,80%	0,40%
Primarios	Total	1	91	672	909	65
	%	0,00%	2,40%	17,50%	24,20%	1,70%
Graduadoescolar	Total	1	46	404	498	23
	%	0,10%	1,20%	10,00%	13,30%	0,60%
Bachiller	Total	1	36	187	189	11
	%	0,00%	1,00%	4,30%	5,00%	0,30%
COU	Total	1	8	33	85	3
	%	0,00%	0,2%	0,90%	2,30%	0,10%
Tituladouniversitari	Total	1	2	26	52	5
	%	0,00%	0,10%	0,70%	1,40%	0,10%
Licenciadouniversit	Total	1	3	7	25	2
	%	0,00%	0,10%	0,20%	0,70%	0,10%
Otros	Total	0	0	5	13	0
	%	0,00%	0,00%	0,10%	0,30%	0,00%
TOTAL	Total	5	197	1447	1991	127
	%	0,10%	5,20%	38,50%	52,70%	3,40%

Tabla 39: Nivel educativo madre

### 4.2.4 ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS INFANTO-JUVENILES.

De los 432289 pacientes de la muestra, 73749 se encontraba entre los 18 y 30 años. De estos pacientes analizaremos cuál de ellos tienen un diagnóstico de trastorno de personalidad en la

edad adulta, un trastorno de ánimo y/o un trastorno de ansiedad y compararemos entre la presencia de un primer diagnóstico infantil y la edad a que se produjo.

En los siguientes epígrafes analizaremos si existen diferencias entre los pacientes que presentan trastorno de personalidad, trastorno de ánimo y trastorno de ansiedad en función de esta variable, la edad.

#### 4.2.4.1 Trastorno de ánimo y los trastornos de personalidad.

Los resultados se distribuyeron de la siguiente manera:

1. El grupo de pacientes con un trastorno de personalidad estaba formado por 8941 sujetos (12%).
2. El grupo de pacientes con un trastorno de ánimo fue de 14417 (19,54%).
3. El grupo de pacientes con comorbilidad entre trastorno de ánimo y trastorno de personalidad fue de 3588 (4,86 %).
4. La presencia de cualquier otro trastorno menos estos dos fue 46802 (63%).

La presencia de antecedentes psiquiátricos infantil fue mayor y estadísticamente significativa a favor de los trastornos de personalidad en relación con los trastornos de ánimo. Al evaluar la edad de inicio del trastorno psiquiátrico infanto-juvenil la diferencia fue significativa en aquellos pacientes con inicio del trastorno tanto en la adolescencia (de 12 a 18 años) con n=1775, [19,85% IC 95% (18,46-21,42)] como en la etapa infantil (de 6 a 12

## RESULTADOS

años),  $n=501$  [5,60% IC 95% (4,80-6,40)] pero la diferencia entre pacientes con trastorno de personalidad y los pacientes con trastorno de ánimo en la etapa adulta no fue estadísticamente significativa si el trastorno psiquiátrico se inició en la edad preescolar (de 2 a 6 años) o antes de los 2 años.

La edad del primer contacto en los Servicios de Salud Mental no fue diferente entre pacientes con trastorno de personalidad o aquellos con comorbilidad trastorno de personalidad y trastorno de ánimo en la etapa adulta. En los pacientes con trastorno de personalidad con o sin comorbilidad depresiva asociada.

No se objetivaron diferencias de presentación entre aquellos pacientes valorados por primera vez en la etapa infantil o en la adolescencia.

	Niños menores de 23 meses	Niños entre 2-6 años	Niños entre 6-12 años	Adolescentes 12-18 años	Adultos	Total
Otros	8	231	1946	6718	37900	46803
%	0,01	0,49	4,15	14,35	80,97	
IC 95%	0,00	0,41	3,92	13,93	80,51	
IC95%	0,03	0,57	4,39	14,77	81,44	
Depresión	1	40	338	1724	12314	14417
%	0,00	0,27	2,34	11,95	85,41	
IC 95%	-0,00	0,21	2,16	11,57	84,99	
IC95%	0,01	0,34	2,52	12,34	85,83	
TP	0	59	501	1775	6606	8941
%	0	0,65	5,60	19,85	73,88	
IC 95%	0	0,56	5,32	19,37	73,36	
IC95%	0	0,75	5,87	20,32	74,40	
Ambos	0	17	145	709	2717	3588
%	0	0,47	4,04	19,76	75,72	
IC 95%	0	0,39	3,80	19,28	75,21	
IC95%	0	0,55	4,27	20,23	76,23	
TOTAL	9	347	2930	10926	59537	73749

**Tabla 40: Análisis retrospectivo del trastorno de personalidad comparado con el trastorno depresivo.**

### 4.2.4.2 Los trastornos de ansiedad y los trastornos de personalidad

A continuación mostramos los resultados de este apartado:

1. El grupo de pacientes con un diagnóstico de trastorno de personalidad estaba formado por un 7,24% de la muestra.
2. El grupo de pacientes con un trastorno de ansiedad ocuparon el 58,28 % de la muestra.
3. El grupo de pacientes con comorbilidad entre trastorno ansiedad y trastorno de personalidad fue de 9,74%
4. El 24, 7% de la muestra fue el resto de trastornos.

Comparando los antecedentes infanto-juveniles entre los trastornos de personalidad y los trastornos de ansiedad fue mayor y estadísticamente significativa a favor de los trastornos de personalidad (población total primero y luego por edad de inicio del trastorno) tanto en la adolescencia  $n=990$  [18,53% IC 95% (16,78-20,28)] frente a  $n=5298$  [12,33% IC 95% (11,80-12,33)] como en la infancia con  $n= 282$  [5,28% IC 95% (4,27-6,29)] frente a  $n=1291$  [3% IC 95% (2,73-3,27)].

Al igual que en el apartado anterior la comorbilidad entre los trastornos de personalidad y los trastornos de ansiedad no hubo diferencias significativas en la edad de inicio del contacto en Salud mental.

	Niños Menores de 23 meses	Niños entre 2- 6 años	Niños entre 6 y 12 años	Adolescentes 12-18 años	Adultos	Total
Otros	3	118	993	3144	13980	18238
%	0,01	0,64	5,44	17,23	76,65	
IC 95%	0,001	0,55	5,17	16,78	76,14	
IC95%	0,03	0,74	5,71	17,68	77,15	
Aniedad	6	153	1291	5298	36231	42982
%	0,013	0,35	3,00	12,32	84,30	
IC 95%	-0,00	0,28	2,80	11,93	83,86	
IC95%	0,02	0,42	3,20	12,71	84,73	
TP	0	28	282	990	4042	5342
%	0	0,52	5,27	18,53	75,66	
IC 95%	0	0,43	5,01	18,06	75,15	
IC95%	0	0,61	5,54	18,99	76,17	
Ambos	0	48	364	1494	5281	7187
%	0	0,66	5,06	20,78	73,47	
IC 95%	0	0,57	4,80	20,30	72,95	
IC95%	0	0,76	5,32	21,27	74,00	
TOTAL	9	347	2930	10926	59537	73749

Tabla 41: Análisis retrospectivo del trastorno de personalidad comparado con el trastorno de ansiedad.

## 5 DISCUSIÓN

### 5.1 ESTUDIO PROSPECTIVO

#### 5.1.1 EVOLUCIÓN DE LOS TRASTORNOS INFANTO-JUVENILES

Existe en la literatura múltiples estudios que apoyan la hipótesis de que todos los diagnósticos en el eje I en la edad infanto-juvenil se asocian con tasas elevadas de trastorno de personalidad en la vida adulta (Lewinsohn PM 1997).

En el caso de nuestro estudio la presencia de la mayoría de los trastornos infanto-juveniles (trastornos del ánimo, trastorno de ansiedad, trastornos disruptivos, trastornos por déficit de atención y del comportamiento perturbador y trastornos del desarrollo) presentaban en su evolución, al menos en un 15% un diagnóstico de trastorno de personalidad en la edad adulta.

En nuestra muestra de los pacientes con antecedentes infanto-juveniles N=8093 un 22,08% (IC 95% 0,20-0,23) fueron diagnosticados en la edad adulta de trastorno de personalidad. Este porcentaje es significativamente superior a la prevalencia de los trastornos de personalidad en la población general, según estudios recientes realizados por la Organización Mundial de la Salud (Huang et al 2009) que hablan de una presencia del 6.1% para cualquier trastorno de personalidad (3.6%, 1.5% y 2.7% para los cluster A, B y C respectivamente).

Por lo que nuestro estudio apoya las hipótesis previas de que los

pacientes con antecedentes psiquiátricos infanto-juveniles están en riesgo de presentar trastorno de personalidad en la vida adulta. Estos resultados se complementan con los observados también en el análisis retrospectivo.

#### 5.1.1.1 Evolución de los trastornos de ánimo (F3)

En nuestro estudio la presencia de un F3 en la edad infanto-juvenil se asoció a una evolución hacia trastorno de personalidad en un 28,44% (IC 95% 0,23-0,32) de los casos, por lo que podríamos afirmar que entre el grupo de sujetos con un diagnóstico de F3 en la infancia y la adolescencia encontramos una mayor probabilidad de sufrir un trastorno de personalidad en la vida adulta. En el estudio de Kasen (Kasen S 1999) los pacientes infanto-juveniles diagnosticados de un F3 tenían de 2 a 7 veces incrementado el riesgo de padecer un trastorno de personalidad comparado con pacientes sin antecedentes. Multitud de estudios longitudinales han planteado la existencia de dificultades adaptativas y psicosociales en niños y adolescentes diagnosticados de trastorno de ánimo. Rhode afirma que independiente del curso del trastorno de ánimo, se generan secuelas en variables como la capacidad de adaptación, la reactividad emocional, la conducta y el ánimo, (Birmaher et al 1996; Harrington et al 1990; Lewinsohn et al 1999) todo esto, podría representar una vía alternativa de la continuación de los trastornos afectivos infanto-juveniles.

#### **5.1.1.2 Evolución de los trastornos de ansiedad (F4)**

En nuestra muestra el 18% (IC 95% 16,82-20,36) de los pacientes diagnosticados de F4 en la edad infanto-juvenil evolucionaron hacia un trastorno de personalidad en la vida adulta. Estos datos son ligeramente menores de los observados en el estudio de Lewinsohn y colaboradores, en el que se observó que un 24 % de los pacientes desarrollaron un trastorno de personalidad en la vida adulta en comparación con los 9,4% que no tenían antecedentes de ansiedad.

Estudios previos de Goodwin y colaboradores también relacionaron la presencia de ataques de pánico en la adolescencia con un aumento de riesgo de trastorno de personalidad en la edad adulta. En este estudio se relacionó la presencia de ataques de pánico con un aumento significativo del riesgo de cualquier tipo de cluster (Goodwin RD 2005; Goodwin RD 2002; Tillfors M 2009). Por lo que, estos datos junto a los aportados en nuestro estudio revelan la necesidad de atender a los signos de ansiedad visibles en niños y adolescentes debido al riesgo de presentar un trastorno de personalidad en su evolución.

#### **5.1.1.3 Evolución de los trastornos alimentarios (F5)**

En nuestro estudio la presencia de un F5 en la edad infanto-juvenil se relacionó con la presencia de trastorno de personalidad en la edad adulta en un 15,40% (IC 95% 0,15-0,12), este porcentaje es algo

menor que estudios previos como el de Herpertz y Muller (Muller B 2001) que evaluaron de forma prospectiva durante 10 años a adolescentes diagnosticados de anorexia nerviosa y se observó que en la edad adulta cumplían criterios de trastorno de personalidad un 23%. En particular se ha asociado la presencia de anorexia nerviosa con el cluster C, sobre todo con el trastorno obsesivo-compulsivo (Nilsson EW 1999).

La presencia de los trastorno de conducta alimentaria y los trastornos de personalidad se ha relacionado a largo plazo con la tendencia a la cronicidad y con bajos niveles de funcionamiento si se compara con aquellos pacientes diagnosticados únicamente de trastorno de conducta alimentaria.

#### **5.1.1.4 Evolución de los trastornos de personalidad (F6)**

Estudios como el de Lyham (Lyham DR 2009) sugieren que existe cierta estabilidad diagnóstica en la adolescencia de la patología de la personalidad en especial de la psicopatía, observando escasas variaciones entre unos rangos de edad y otros. Sin embargo en nuestro estudio no observamos estabilidad sino que se observa disminución de los valores de trastorno de personalidad a lo largo del tiempo.

Según el DSM los trastornos de personalidad se definen como agrupaciones de rasgos o pautas persistentes, estables en el tiempo, que tienen inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana y causan deterioro importante del

funcionamiento social o laboral o ambos (DSM IV 1995). Esta durabilidad en el diagnóstico a lo largo del tiempo se ha puesto en duda en distintos trabajos que sugieren una mayor plasticidad de los trastornos de personalidad que previamente se había pensado que tenían cierta predisposición a la disminución con el paso del tiempo. Esta plasticidad quizá debería ser tomada mas en cuenta al tratarse de un diagnóstico en un periodo tan voluble como la adolescencia. Quizá el descenso significativo de trastorno de personalidad entre la adolescencia y la edad adulta observado en nuestro estudio tenga que ver con esta plasticidad. Por otro lado también podría tener que ver con lo que otros autores han sugerido que es el fracaso de los modelos categoriales y de su incapacidad para ofrecer información realmente relevante acerca de la evolución temporal en comparación con los modelos dimensionales.

### **5.1.1.5 Evolución de los trastornos del desarrollo (F8)**

Se incluyen dentro de éste epígrafe los trastornos del desarrollo, los trastornos de comunicación, los trastornos del aprendizaje, y el trastorno de habilidades motoras.

La presencia de un trastorno del desarrollo en la edad infanto-juvenil se relacionó en nuestro estudio con la presencia en un 16,23% (IC 95% 0,12-0,20) de un trastorno de personalidad en la vida adulta.

Existe escasa información acerca de la evolución hacia los trastornos de personalidad de los F8 infanto-

juveniles. Existen distintos artículos que sugieren que los trastornos de aprendizaje aumentan el riesgo de desarrollar un trastorno de personalidad pero que el manejo y su diagnóstico es complejo y que muchas veces se enmascara detrás de las propias dificultades de los trastornos de aprendizaje (Alexander R 2003; Lidher J 2005). En el caso de los trastornos de aprendizaje la asociación con la presencia de trastorno de personalidad era alta según el estudio de Khan que observó una evolución de entre un 30 y un 50% (Khan A 1997).

Los problemas de lectura también se han relacionado con la presencia de trastorno de personalidad en la vida adulta sobre todo con el trastorno de personalidad antisocial. (Maughan B 1996).

Con respecto a los trastornos del neurodesarrollo, la misma esencia del trastorno hace presentar en estos pacientes variaciones en las habilidades sociales y en la comunicación y todo ello puede influir en el desarrollo de la futura personalidad. Según varios estudios la presencia de déficits neurocognitivos que se presentan en la infancia pueden influir en desarrollo de un trastorno de personalidad en la vida adulta (Anckarsater H 2006).

### **5.1.1.6 Evolución de los trastornos hipercinéticos (F90)**

En nuestro estudio los pacientes diagnosticados de un trastorno hipercinético (F90) que en la vida adulta fueron diagnosticados de un

trastorno de personalidad fue de un 25%.

Diversos estudios de seguimiento sugieren que los pacientes diagnosticados de un trastorno hiperkinético en la edad infanto-juvenil tiene un elevado riesgo de presentar alguna enfermedad psiquiátrica en la vida adulta, sobre todo se ha observado relación con el abuso de sustancias y con los trastornos de personalidad especialmente con el trastorno de personalidad antisocial (Mannuzza S 2000; Mannuzza S 2003; Rutter M 2006).

Estudios previos señalan esta gran relación aunque el porcentaje de paciente que evolucionaran varía mucho según estudios, así según Miller evolucionan a trastorno de personalidad en un 52,1% y según Matthieu evolucionan un 25%.

Nuestros resultados aunque en un porcentaje mas bajo que algunos estudios previos sugieren un importante asociación entre la presencia del trastorno hiperkinético y Eje II en la vida adulta y apoyan los estudios previos de Zoccolillo y Matthieu que habla de una evolución alrededor de un 25% de los pacientes. La diferencia quizá tiene que ver con la selección de la muestra y tipo de estudio, así como las características intrínsecas de esta inestabilidad emocional y escaso insight, que hace difícil el seguimiento, por lo que sería esperable que este porcentaje fuese menor a los estudios previos.

Un punto importante también evaluado por distintos trabajos es la comorbilidad, así Biederman y otros autores hablan de una mayor probabilidad de progresión a trastorno de personalidad y consumo de tóxicos cuando el

trastorno hiperkinético está asociado a algún trastorno de conducta en la época infanto-juvenil (Biederman 2008).

### **5.1.1.7 Evolución de los trastornos de conducta (F91).**

En el caso de los trastornos disociales (F91) su evolución fue de un 34 % y los trastornos disociales y de las emociones mixto (F92) un 26 %.

Zoccolillo observó que los trastornos de conducta evolucionaban en un 25%, Storm y Matthieu hablan de un 33%. Rey objetivó una evolución de los trastornos disruptivos en un 40% y Hegeland de un 64%. En población general Lewinsohn objetivó un 39,1% de trastorno de personalidad en edad adulta en pacientes con antecedentes de trastorno disruptivo.

Nuestros resultados amplían los hallazgos de estudios longitudinales previos que demuestran el impacto en la estructura de la personalidad de los trastornos de conducta en la edad infanto-juvenil. A pesar de que la presencia de conductas disruptivas son relativamente frecuentes en la edad infantil y en la adolescencia, solo un tercio de ellos evolucionan al trastorno de personalidad.

Cabría preguntarse en éste punto cuales son los factores que influyen en la evolución de los pacientes diagnosticados de algún trastorno del comportamiento (TDHA y trastorno de conducta) y por qué ese porcentaje evoluciona a trastorno de personalidad en la vida



adulta. Factores como el inicio del trastorno, la persistencia y la severidad han sido objetivados como factores que empeoran el pronóstico y que aumentan la probabilidad de evolución a trastorno de personalidad. Se ha hablado a su vez del peso de los factores genéticos que contribuirían a ese aumento de la duración y de la severidad sin que hayan sido todavía identificados los genes específicos. Algunos de estos efectos genéticos estarían mediados por el ambiente o por la vulnerabilidad personal. Este ambiente incluiría al contexto familiar y social aunque dichas adversidades pueden verse empeorados por los propios síntomas o este contexto familiar ser propiamente facilitador o mantenedor en parte de cuadro clínico.

Desde otro punto de vista el resultado de nuestro estudio habla de que el 75% de los pacientes con diagnóstico de trastorno externalizante en la infancia no evolucionan a trastorno de personalidad en la vida adulta, sería una línea de investigación interesante comprobar qué características tenían los pacientes que no evolucionaron a trastorno de personalidad o a que tipo de intervenciones y tratamientos fueron sometidos para evitar esa progresión.

Según estos resultados y lo aportado por la literatura previa deberíamos estar atentos ante el diagnóstico de un trastorno hiperactivo en la edad infanto-juvenil y especialmente en aquellos que tengan una evolución más pobre asociada a dificultades relacionales, ya que quizá estos

tengan más predisposición de presentar un trastorno de personalidad. Identificando y tratando las alteraciones conductuales similares a las de los pacientes diagnosticados de trastorno de personalidad quizá se podría mejorar el nivel de funcionamiento y reducir las tasas de pacientes que evolucionan a trastorno de personalidad en el adulto.

### **5.1.2 INFLUENCIA DE LA EDAD DE DIAGNÓSTICO EN LA EVOLUCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD.**

Los resultados de nuestro estudio muestran que si el primer diagnóstico psiquiátrico se produce a partir de la adolescencia la probabilidad de presentar un trastorno de personalidad en la vida adulta es mayor. Estos datos apoyan estudios previos como el de Kim y Cohen (Kim J 2003) que hablan de una mayor continuidad psiquiátrica si los diagnósticos se producen a partir de los 15 años. Cabría pensar en este punto, que los pacientes con diagnósticos a edades más tempranas son evaluados y tratados y que a lo largo del tiempo mejoran y que su evolución hacia un trastorno de personalidad en la vida adulta es mucho menor.

### **5.1.3 INFLUENCIA DEL SEXO EN LA EVOLUCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD.**

El papel que juega el sexo en psiquiatría está siendo progresivamente más tenido en

cuenta. Nuestro estudio muestra la existencia de una diferencia significativa entre la evolución de los trastornos infanto-juveniles en hombre y mujeres siendo más frecuente la evolución hacia trastorno de personalidad en el caso de los hombres. Estudios previos revelan cómo la evolución de los trastornos mentales está significativamente influenciada por el sexo. Estas diferencias pueden indicar variación en el tipo de presentación en los distintos trastornos y en la severidad (Bennett DS 2005; Bierderman J 2002).

Se necesitan más estudios longitudinales para conocer la influencia del género en el inicio, mantenimiento y remisión de los trastornos mentales infanto-juveniles para poder realizar una asistencia más efectiva y poder realizar labores preventivas en este aspecto.

### **5.1.4 COMORBILIDAD EN LA EDAD INFANTO-JUVENIL Y SU EVOLUCIÓN HACIA TRASTORNO DE PERSONALIDAD EN LA VIDA ADULTA.**

La comorbilidad, o presencia de varios trastornos mentales al mismo tiempo en una misma persona, es frecuente en la práctica clínica psiquiátrica. Incluso el grado de comorbilidad parece mayor en adolescentes que en adultos (Bierderman J 1991; Brady EV 1992; Rohde P 1991). La presencia de comorbilidad se ha asociado con: aumento del uso de los Servicios de Salud Mental, pobre ajuste social, historia de suicidio, aumento de los conflictos familiares y aumento de enfermedad física. (Regier DA 1993).

Según autores como Lewinsohn (Lewinsohn PM 1995) la presencia de comorbilidad entre eje I en la edad infanto-juvenil aumentaba el riesgo de desarrollar un trastorno de personalidad en la vida adulta. La presencia, según este mismo autor, de 3 ó 4 diagnósticos a la vez tenían significativamente más riesgo de desarrollar un trastorno de personalidad en la edad adulta en comparación con la presencia de 2 trastornos.

En nuestra muestra un 22% de los pacientes con antecedentes psiquiátricos infanto-juveniles evolucionaron a trastorno de personalidad, de los cuales un 88,52% presentaban comorbilidad psiquiátrica, frente al 11,47% que no habían presentado comorbilidad.

## **5.2 ESTUDIO RETROSPECTIVO**

El mayor hallazgo, desde el punto de vista retrospectivo, de éste estudio es que la presencia de antecedentes psiquiátricos infantiles se relaciona con una mayor probabilidad de presentar un trastorno de personalidad en la vida adulta en comparación con la probabilidad de presentar un trastorno de ánimo o un trastorno de ansiedad.

### **5.2.1 EDAD Y SEXO**

Merece la pena señalar un hallazgo de este trabajo y es la diferencia por sexos según edades. La distribución por sexos de la muestra fue mujeres un 63,7% y varones 36,3%. La presencia de antecedentes infantiles en la muestra era estadísticamente significativamente mayor en los niños entre las edades de 2 a 12 años, mientras que a partir de esta edad, la

presencia era significativamente mayor en mujeres.

En la literatura, al igual que en nuestro estudio, se ha observado que la prevalencia y la manifestación de muchas enfermedades mentales están matizadas por la diferencia de sexo. Las mujeres están sobrerrepresentadas en la depresión unipolar, los trastornos somatomorfos, los trastornos de conducta alimentaria y los trastornos de ansiedad, también con más frecuencia presentan comorbilidad en comparación con los hombres. Sin embargo la prevalencia de abuso de sustancias, alcoholismo y los trastornos de conducta es mayor en los hombres.

En el caso de la mujer son importantes las épocas de transición reproductiva por los cambios a nivel psicobiológicos que se producen. El inicio de la pubertad trae consigo cambios a nivel hormonal y físico junto con la adquisición de nuevos roles de género e individuación que se unen con la aparición de nuevas expectativas. Quizá estos cambios podrían explicar el aumento de prevalencia de antecedentes psiquiátricos infanto-juvenil al iniciarse el período de la adolescencia y mantenerse hasta al menos los 30 años.

La presencia de más consultas psiquiátricas/psicológicas en varones menores de 12 años quizá se explique debido a que los cuadros más habituales en éstas edades en varones son los de tipo externalizante en comparación con las mujeres que son más de tipo internalizantes y que de forma habitual pasan más desapercibidos

en comparación con aquellos externalizantes que suelen demandar más atención en los Servicios de Salud Mental por las características intrínsecas del propio trastorno.

### 5.3 LIMITACIONES

Las principales fortalezas de este estudio son un diseño longitudinal, la elevada muestra y el tiempo de seguimiento elevado. Así como comparar la influencia del momento del primer diagnóstico en la evolución posterior. Sin embargo, hay muchas limitaciones que han de ser consideradas. La primera de ellas es que los diagnósticos fueron realizados mediante evaluaciones clínicas, conforme a criterios CIE-10, lo que puede afectar a la exactitud de los mismos dado la inevitable variabilidad de los observadores, ya que los clínicos a los que se les asignó esta labor diagnóstica no estaban específicamente entrenados para mantener la fiabilidad inter jueces.

De la misma forma que afecta a la especificidad en los diagnósticos, habiéndonos sido imposible evaluar la relación de los distintos trastornos infantiles y los trastornos de personalidad específicos, teniendo que evaluar esta evolución con el diagnóstico general de F6 (trastorno de personalidad). Habiendo observado que cuantos más subíndices del código se intentaban evaluar peor es la calidad de los datos en muestras de registros. Esto quizá tenga que ver, como hemos indicado anteriormente, con el tipo de muestra y la dificultad para la continuación del seguimiento. Por otro lado al tratarse de pacientes vistos desde

la infancia, tipificar específicamente de un trastorno de personalidad concreto a un paciente seguido durante tantos años parece complicado debido al crisol de síntomas que estos pacientes presentan y como van cambiando a lo largo del tiempo y debido a los tratamientos recibidos.

También habría que tener en cuenta que la recogida de estos datos y la clasificación de los pacientes es por parte de los psiquiatras y psicólogos de Centros de Salud Mental mediante fichas después de atender al paciente en las consultas, por lo tanto son clasificaciones puramente clínicas, sin uso de instrumentos específicos.

Así mismo, esta forma de recogida de datos, no permite registrar sintomatología subsindrómica que ha sido tenida en cuenta en algunas investigaciones previas. Del mismo modo, nos encontramos con la dificultad que aparece por el hecho de realizar evaluaciones a largo plazo, ya que además de la mortalidad esperable en cualquier estudio longitudinal, tenemos que contar con la posibilidad de que factores como cambios de residencia o búsquedas de tratamiento alternativas a la red oficial, afectaron a la estabilidad diagnóstica en aquellos pacientes con un diagnóstico más variable. Sin embargo, las tasas de cambios de residencia en España entre la gente joven se estima en menos de un 2%, y la mayor parte de los españoles reciben atención psiquiátrica y psicológica en los Centros de Salud Mental pública, por lo que parece improbable que esto haya sucedido con una elevada frecuencia. Esta posible pérdida de datos puede haberse producido en un caso concreto,

como es el de los trastornos por uso de sustancias, ya que en el Ayuntamiento y la Comunidad de Madrid, existe una red de dispositivos paralelos a los de Salud Mental, que se encargan de los trastornos adictivos. Otro de los datos no recogidos en las fichas de registro utilizadas es la presencia de antecedentes psiquiátricos familiares, lo que nos obliga a obviar factores fundamentales en el desarrollo de la enfermedad mental, como son los factores hereditarios o los contextuales y educacionales generados por el vínculo afectivo o el modelado generado por un paciente psiquiátrico.

### 5.4 INVESTIGACIONES FUTURAS

Futuros estudios deberían construir sobre estas conclusiones una explicación acerca de los procesos biológicos y psicosociales que conforman el desarrollo de las personalidades de los niños con problemas de conducta y emocionales.

Aunque se ha avanzado mucho en el estudio de las continuidades y discontinuidades en la psicopatología entre la niñez y la vida adulta, muchas preguntas permanecen sin respuesta. La progresión de la psicopatología infantil hacia la edad adulta puede estar bajo la influencia de múltiples variables como son los factores estresantes, los apoyos familiares y extrafamiliares y los factores sociales (factores culturales y económicos). Además, estas variables extrínsecas pueden actuar recíprocamente de modo complejo con variables intrínsecas, como el temperamento y el nivel de desarrollo cognoscitivo y

psicológico. La apreciación de estos mecanismos de desarrollo es esencial si queremos conocer la asociación entre los trastornos mentales en la niñez y las alteraciones de la personalidad en la edad adulta.

## 6 CONCLUSIONES

1. La presencia de un trastorno externalizante o internalizante en la edad infanto-juvenil favorece la presencia de un trastorno de personalidad en la vida adulta. Estos resultados apoyan la visión de que los trastornos de personalidad se remontan a perturbaciones emocionales y conductuales tempranas. Por lo que podremos pensar que las dificultades psicosociales y emocionales que predisponen a un trastorno mental infanto-juvenil facilitarían, teóricamente, la aparición de un trastorno de personalidad.

2. Observamos que los pacientes con trastorno de personalidad en la edad adulta presentan con mayor frecuencia antecedentes psiquiátricos infanto-juveniles que los pacientes adultos con trastorno de ánimo y con trastorno de ansiedad.

3. Las diferencias significativas observadas en la distribución por sexos del momento del primer contacto en Salud Mental, podría implicar que en la evolución de los trastornos infantiles influyen factores psicobiológicos que deberían ser estudiados en profundidad.

4. La presencia de comorbilidad psiquiátrica en la edad infanto-juvenil predispone de forma significativa hacia un trastorno de personalidad en el adulto en comparación con los que no presentaron comorbilidad.

5. El diagnóstico de trastorno de personalidad en la adolescencia disminuye de forma significativa al entrar en la vida adulta.

6. Futuras investigaciones prospectivas que incluyan marcadores biológicos y ambientales, antecedentes familiares, así como el estudio de la psicopatología infanto-juvenil nos podrá ayudar a ampliar nuestro conocimiento de la evolución de los trastornos infantiles atendidos en los Servicios de Salud Mental comunitarios.

7. Alcanzar una comprensión mayor de la evolución y la vulnerabilidad de los trastornos mentales infantiles es esencial para identificar a los pacientes en riesgo y para llevar a cabo intervenciones preventivas y tratamientos más eficaces, necesarios para disminuir el riesgo. Los pacientes necesitan herramientas predictivas y de pronóstico para poder mejorar los tratamientos que reciben.

## 7 TABLAS

Tabla 1: Diagnósticos trastorno de personalidad según CIE-10 y DSM-IV .	7
Tabla 2: Las cuatro dimensiones de Siever & Davis .....	9
Tabla 3: Resumen revisión bibliográfica.....	26
Tabla 4: Diagnósticos y códigos CIE-10 incluidos en el análisis.....	34
Tabla 5: Pacientes adultos con o sin trastorno de personalidad con antecedentes infantiles.....	37
Tabla 6: Distribución por sexo.....	37
Tabla 7: Estado Civil .....	37
Tabla 8: Incapacidad Laboral .....	38
Tabla 9: Nivel educativo de la muestra.....	38
Tabla 10: Ocupación de los pacientes de la muestra.....	38
Tabla 11: Situación laboral de la muestra.....	38
Tabla 12: Tipo de convivencia .....	38
Tabla 13: Origen de la demanda.....	38
Tabla 14: Ocupación del padre .....	38
Tabla 15: Nivel educativo del padre .....	39
Tabla 16: Ocupación de la madre.....	39
Tabla 17: Nivel educativo de la madre .....	39
Tabla 18: Situación laboral del padre.....	39
Tabla 19: Situación laboral de la madre .....	39
Tabla 20: Pacientes con antecedentes de F3 (Trastorno de ánimo). .....	40
Tabla 21: Pacientes con antecedentes infantiles de F4 (Trastorno de ansiedad) .....	40

Tabla 22: Pacientes con antecedentes infantiles de F5 (Trastorno de conducta alimentaria).....	40
Tabla 23: Pacientes con antecedentes infantiles de F8 (Trastornos del desarrollo) .....	40
Tabla 24: Paciente con antecedentes infantiles de F90 (trastornos hiperkinéticos).....	40
Tabla 25: Pacientes Paciente con antecedentes infantiles de F91 (trastornos disociales) .....	41
Tabla 26: Paciente con antecedentes infantiles de F92 (trastornos disociales y de las emociones mixto).....	41
Tabla 27: Edad del primer diagnóstico psiquiátrico y su evolución a trastorno de personalidad.....	41
Tabla 28: Diagnóstico de F6 (trastorno de personalidad) en mujeres.....	42
Tabla 29: Diagnóstico de F6 (trastorno de personalidad) en hombres .....	42
Tabla 30: Presencia de F6 (trastorno de personalidad) por edad .....	43
Tabla 31: Nivel educativo de la muestra. ....	44
Tabla 32: Ocupación de la muestra.....	44
Tabla 33: Situación laboral de la muestra. ....	44
Tabla 34: Origen de la demanda de la muestra.....	45
Tabla 35: Ocupación del padre .....	45
Tabla 36: Nivel educativo padre .....	45
Tabla 37: Situación laboral padre .....	45
Tabla 38: Situación laboral madre .....	46
Tabla 39: Nivel educativo madre .....	46



## TABLAS

---

**Tabla 40: Análisis retrospectivo del trastorno de personalidad comparado con el trastorno depresivo..... 47**

**Tabla 41: Análisis retrospectivo del trastorno de personalidad comparado con el trastorno de ansiedad. .... 48**



### 8 FIGURAS

Figura 1. Taxonomía de los estudios (Lehmann y cols. 1995).....	31
Figura 2. Diseño relacional de la base de datos FileMaker. Tomado de la tesis doctoral del Dr Ignacio Basurte .....	32
Figura 3. Interface gráfico para introducción y consulta de datos (Filiación). Tomado de la tesis del Dr Ignacio Basurte.....	33
Figura 4. Interface gráfico para introducción y consulta de datos (Evolución). Tomado de la tesis del Dr Ignacio Basurte.....	33
Figura 5. Distribución prospectiva por edad y sexo. ....	37
Figura 6. Distribución retrospectiva por edad y sexo.....	44



## 9 BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatry Association. DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Masson 1995 ed. Barcelona.
- Abraham K (1921): Contributions to the theory of the anal character Hogarth Press ed. London.
- Achenbach TM (1978): The classification of child psychopathology: a review and analysis of empirical effort. Psychol Bull.
- Alexander R, Cooray S (2003): Diagnosis of personality disorder in learning disability. Br J Psychiatry Suppl 44:28-31.
- Allport W (1937): Personality: a psychological interpretation, Nueva York: Holt Rinehart and Winston ed.
- Anckarsater H, Stalberg O, Larson T (2006): The impact of ADHD and autism spectrum disorders on temperament, character and personality development. Am J Psychiatry 163:1239-1244.
- Andrews B, Brown GW (1990): Intergenerational links between psychiatric disorder in mothers and daughters: the role of parenting experiences. J Child Psychol Psychiatry 31:1115-1129.
- Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. (2004): Young adult follow up hyperactive children: antisocial activities and drug use. J Child Psychol Psychiatry 45:715-730.
- Bennett DS (2005): Gender differences in adolescent depression: do symptoms differ for boys and girls?. J Affect Disorder 89:35-44.
- Berstein DP, Cohen P, Velez CN. (1993): Prevalence and stability of the DSM III R personality disorders in a community based survey adolescents. Am J Psychiatry 150:1237-1243.
- Biederman J, Monuteaux M, Mick E, Spencer T, Wilens TE, Silva JM, Snyder LE, Faraone SV. (2006): Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder: a controlled 10-year follow-up study. Psychol Med 36:167-179.
- Biederman J (1991): Comorbidity of ADHD with conduct, depressive, anxiety and other disorders. Am J Psychiatry 148:564-577.
- Biederman J (2002): Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to psychiatric clinic. Am J Psychiatry 159:36-42.
- Biederman J, Petty CR, Dolan C (2008): The long term longitudinal course of oppositional defiant disorder and conduct disorder in ADHD boys: finding from controlled 10 years prospective longitudinal follow up. Psychol Med 38:1027-1036.
- Birmaher B (2002): Course and outcome of child and

- adolescent major depressive disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 11:619-637.
- Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J (1996): Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part II. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35:1575-1583.
- Bleuler E (1911): *Dementia praecox oder gruppe der schizophrenie*. Leipzig.
- Bolger KE, Patterson C (2001): Pathway from child maltreatment to internalizing problems: perception of control as mediators and moderators. *Development and Psychopathology* 13:913-940.
- Brady EV, Kendall P (1992): Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescent. *Psychol Bull* 111:244-255.
- Carlson GA et al (2002): Age at onset, childhood psychopathology, and 2-year outcome in psychotic bipolar disorder. *Am J Psychiatry*, 159:307-309.
- Caspi A, Roberts BW, Shiner RL (2005): Personality development: stability and change. *Annual Reviews of psychology* 56:18-25.
- Cicchetti D, Rogosch F (1997): The role of self-organization in the promotion of resilience in maltreated children. *Development and Psychopathology* 9:797-815.
- Cleckley H (1941): *The mask of insanity*. In: Mosby editor. St . Louis.
- Cloninger CR (1994): Differentiating normal and abnormal personality by the seven factor personality, Springer ed. Nueva York.
- Cloninger CR (1994): The genetic structure of personality and learning a phylogenetic model *Clin Genet* 46: 124-137.
- Cohen P, Cohen J, and Brook J. (1993a): An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence--II. Persistence of disorders. *J Child Psychol Psychiatry* 34:869-877.
- Cohen P, Crawford T, Johnson J (2005): The children in the community study of developmental course of personality disorder. *Journal of personality disorder* 19:466-486.
- Cohen P et al (1993b): An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence--I. Age- and gender-specific prevalence. *J Child Psychol Psychiatry* 34:851-867.
- Connors ME (1997): The renunciation of love : dismissive attachment and its treatment *Psychoanalytic Psychology* 14:475 – 493.
- Costello EJ (2003): Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry* 60: 837-844.
- Costello EJ, Egger H, Angold A. (2005): 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 55:972-986.

- Crawford T, Cohen P, First M. (2008): Comorbid axis I and axis II disorder in early adolescent. *Arch Gen Psychiatry* 65: 641-648.
- Cumyn L, French L (2009): Comorbidity in adult with attention deficits hyperactive disorder. *Can J Psychiatry* 54:673-683.
- De Clerq B, De Fruyt F (2003): Personality disorder symptoms in adolescence: A five factor model perspective. *Journal of personality Disorder* 17:269-292.
- De Clerq B, De Fruyt F, Van Leeuwen K (2004): A little five lexically based perspective on personality disorder symptoms in adolescence. *Journal of personality disorder* 18:479-499.
- De Clerq B, Van Leeuwen K (2009): Childhood personality pathology: dimensional stability and change. *Developmental and Psychopathology* 21: 853-869.
- De Fruyt F, Bartels M, Van Leeuwen K (2006): Five types of personality continuity in childhood and adolescence. *Journal of personality and social psychology* 91:538-552.
- Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT (1993): Prevalence and comorbidity of DSM-III-R diagnoses in a birth cohort of 15 year olds. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32:1127-1134.
- Drake RE, Adler DA, Vaillant GE. (1988): Antecedents of personality disorder in a community of sample men. *Journal personality disorder* 2:60-68.
- DSM IV (1995): Manual estadístico de los trastornos mentales. In: Masson editor, 4 ed. Barcelona.
- Costello EJ, Egger H, Angold A (2005): 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35:972-986.
- Feinstein AR (1977): A critical overview of diagnosis in psychiatry. In: VM Rakoff HSK editor. *Psychiatric diagnosis* Brunner / Mazel. ed. New York, pp 186-206.
- Fenichel O (1945): The psychoanalytic theory of neurosis. Norton ed. New York.
- Fergusson DM, Horwood LJ and Lynskey MT (1993): Prevalence and comorbidity of DSM-III-R diagnoses in a birth cohort of 15 year olds. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32: 1127-1134.
- Freud S (1908): Character and anal eroticism, Standard ed.
- Gabbard G (1994): Psychodynamic psychiatry in clinical practice. Washinton: American Psychiatry Press.
- Goldberg LR (1993): The structure of phenotypic personality traits. *Am J Psichol* 48: 26-34.
- Goldman SJ, Dangelo EJ, DeMaso DR (1995): Physical and sexual abuse histories among children with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 149:1723-1726.
- Goodwin RD, Brook JS, Cohen P (2005): Panic attacks and the

- risk of personality disorder. *Psychol Med* 35:735-745.
- Goodwin RD, Hamilton SP (2002): The early onset fairful panic attack as a predictor of severe psychopathology. *Psychiatry Res* 109:71-79.
- Grinker RR, Drye RC (1968): The borderline síndrome : a behavioral Study of ego-functions. In: Basic book editor. New York.
- Gunderson JG, Morey LC, Stout RL, Skodol (2004): Mayor depressive and borderline personality disorder revisited: logitudinal interactive. *J Clin PSychiatry* 65:1049-1056.
- Harrington R, Fudge H, Rutter M, Pickles A, Hill J (1990): Adult outcomes of childhood and adolescent depression. I. Psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry* 47:465-473.
- Huang Y, Kotov R, de Girolamo G, Preti A, Angermeyer M, Benjet C, et al (2009): DSM-IV personality disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry* 195:46-53.
- Johnson JG, Bromley E, Bornstein RF (2006): Behavioral and emotional disorders in children and adolescence. In: Mash WE editor. *Adolescent personality disorder*. New York, pp 463-484.
- Johnson JG, Cohen P, Brown J, Berstein D (1999): Childhood maltreatment increase risk for personality disorder during early adulthood. *Arch Gen Psychiatry*: 600-606.
- Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Book JS. (2001): The association of maldaptative parental behavior with psychiatric disorder among parents and their offspring. *Archives of General Psychiatry* 42:453-460.
- Kasen S, Cohen P, Skodol A. (1999): Influence of child and adolescent psychiatry disorder on young adult personality disorder. *Am J Psychiatry* 156:1529-1535.
- Kashani JH (1983): Depression in a sample of 9-year-old children, Prevalence and associated characteristics. *Arch Gen Psychiatry* 40:1217-1223.
- Kernberg OF (1967): Borderline personality organization. *J Am Psychoanal Assoc* 15:641-685.
- Kernberg OF (1970): Factors in the psychoanalytic treatment of narcissistic personalities. *J AM Psychoanal Assoc* 18:51-85.
- Kernberg OF (1992): *Agresión in personality disorder and perversions*. New Haven: Yale University Press.
- Kernberg OF (1998): *Pathological narcissism and narcissism personality disorder: theoretical background and diagnostic classification in disorder of narcissism diagnostic , Clinical and Empirical Implication*. Washinton: American Psychiatric Press.
- Khan A, Cowan C (1997): Personality disorder in people with learning disabilities: a community survey. *J Intellect Disabil Res* 41:324-330.
- Kim J, Cicchetti D (2009): Child maltreatment and trayectories of personality and behavioral functioning: implications for the development of personality disorder. *Dev Psychopathol* 21:889-912.



- Kim J, Cohen P, Caspi A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ, Poulton R (2003): Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Arch Gen Psychiatry* 60:709-717.
- Kim J, Cohen P, et al. (2003.): Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Arch Gen Psychiatry*, 60:709-701.
- Kohut H (1971): *The Analysis of the self: A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorder*. New York International University Press.
- Kovacs M (1998): Depressive disorders in childhood. *Affect Disorder* 15:205-217.
- Murphy KR, Barkley RA (2002): Young adults with attention deficit disorder: subtype difference in comorbidity, educational and clinical history. *Journal of nervous and mental disorder* 190:147-157.
- Kretschmer E (1921): *Body build and character*, Springer Verlag ed. Berlin.
- Laporte L, Guttman H (1996): Traumatic Childhood experiences as risk factors for borderline and other personality disorder. *J Personal Disorder* 10:247-259.
- Lewinsohn PM (1997): Axis II psychopathology as a function of axis I disorders in childhood and adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36:1752-1759.
- Lewinsohn PM, Rohde P, Klein DN, Seeley JR (1999): Natural course of adolescent major depressive disorder: I. Continuity into young adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38:56-63.
- Lewinsohn PM, Rohde P (1995): Adolescent Psychopathology: III. The clinical consequences of comorbidity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34:510-519.
- Lidher J (2005): Personality disorder in people with learning disabilities: follow up of a community survey. *J Intellect Disabil* 49:845-851.
- Livesley WJ (1998): Suggestions for a framework for a empirically based classification of personality disorder. *Can J Psychiatry* 43:137-147.
- Livesley WJ, Schoeder ML, Jackson DN (1994): Categorical distinction in the study of personality disorder: implications for classification. *J Abnorm Psicol* 103: 6-17.
- Woodward LJ (2001): Life course outcomes of young people with anxiety disorders in adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 40:1086-1093.
- Loeber R, Buerke JD (2002): What are adolescent antecedents to antisocial personality disorder. *Crim Beha MEnt Health* 12:24-36.
- Lyham DR, Chaming A (2009): The stability of psychopathy across adolescence. *Dev Psychopathology* 21:1153.
- Hegeland M, Kjelsberg E, S Torgersen (2005): Continuities between emotional and disruptive behavior disorders in adolescent and personality

- disorder in adulthood. *Am J Psychiatry* 162:1941-1947.
- Mannuzza S, Klein R (2000): Long term prognosis in ADHD Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America 9:711-726.
- Mannuzza S, Klein R, Moulton J (2003): Persistence of attention deficit hyperactivity disorder into adulthood: What have we learned from the prospective follow-up studies? *Journal of attentional disorders* 7:93-100.
- Mattanah JJ, Becker DF (1995): Diagnostic stability in adolescents followed up 2 years after hospitalization. *Am J Psychiatry* 152:889-894.
- Maughan B, Rutter M (1997): Retrospective reporting of childhood adversity: issues in assessing long-term recall. *Journal Personality Disorder* 11:19-23.
- Maughan B, Pickles A (1996): Reading problems and antisocial behaviour: developmental comorbidity. *J Child Psychol Psychiatry* 37:405-418.
- McGee R (1990): DSM-III disorders in a large sample of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 29:611-619.
- McGee R et al (1990): DSM-III disorders in a large sample of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 29: 611-619.
- Millar C, Flory J, Millar S (2008): Childhood ADHD and the emergente of personality in adolescent: A prospective follow -up study. *J Clin Psychiatry* 69:1477-1484.
- Millon T (1969): *Modern Psychopathology: A biosocial approach to maladaptative learning and functioning*, Saunders ed. Philadelphia.
- Millon T, Davis R (2001): *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Ed. Masson ed.
- Moffit TE (1993): Adolescent - limited and life course persistent antisocial behaviour : a developmental taxonomy. *Psychological Review* 100:574-601.
- Moffitt TE et al (2002): Males on the life-course-persistent and adolescence-limited antisocial pathways: follow-up at age 26 years. *Dev Psychopathol* 14:179-207.
- Muller B, Herpertz-Dahlman B (2001): Prospective 10 year follow up in adolescent anorexia nervosa course, outcome, psychiatry comorbidity and psychosocial adaptation. *Child Psychol Psychiatry* 42:603-612.
- Nilsson EW, Gillberg C (1999): Ten years follow up of adolescent onset anorexia nervosa: personality disorder. *J Am Child Adolesc Psychiatry* 38:1389-1395.
- Noor B, Tromp M (2009): Dimensions of personality pathology in adolescents: relations to DSMIV personality disorder symptoms. *Journal of personality disorder* 23:514-527.
- Nurnberg HG, Raskin M, Levine PE, Pollack. (1989): Borderline personality disorder as a negative prognostic factor in anxiety disorder. *J personal Visor* 55:205-216.

## BIBLIOGRAFÍA

---

- Oldham JM (1991): Personality disorder: new perspectives on diagnostic validity. American Psychiatric Press, ed. Washington.
- Paris J (1997): Childhood trauma as an etiological factor in the personality disorder. *Journal personality disorder* 11:75-78.
- Pinel P (1806): A treatise on insanity. In: Hafner editor. New York.
- Prichard JC (1835): A treatise on insanity. In: Sherwood GaP editor. London.
- Raczek SW (1992): Childhood abuse and personality disorders. *J personality disorder* 6:109-116.
- Rado S (1959): Obsessive behaviour. American Handbook psiquiatry Arieti ed. New York
- Regier DA (1993): The linkage of health care reform and health service research. *Am J Psychiatry* 150:1613-1615.
- Reich W (1949): Character analysis. Strauss and Giroux ed. New York
- Reinherz HZ (1993): Prevalence of psychiatric disorders in a community population of older adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32: 369-377.
- Rey JM, Morris YA, Singh M, Andrews G, Stewart GAW: (1995): Continuities between psychiatric disorders in adolescents and personality disorder in young adult. *Am J Psychiatry* 152:895-900.
- Roberts RE, Attkinsson C and Rosenblatt A (1998): Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *Am J Psychiatry* 155:715-725.
- Roberts RE, Roberts CR and Xing Y (2007): Rates of DSM-IV psychiatric disorders among adolescents in a large metropolitan area. *J Psychiatr Res* 41: 752-762.
- Rogosch FA, Cicchetti D (2004): Child maltreatment and emergent personality organization: perspective from the five-factor model. *Journal of abnormal child psychology* 32:123-145.
- Rohde P (1991): Comorbidity of unipolar depression. *J Abnorm Psychol* 10:214-222.
- Rosario-Campos MC et al (2001): Adults with early-onset obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 158:1899-1903.
- Rutter M (1987): Temperament, personality and personality disorder. *British Journal of psychiatry* 150:443-458.
- Rutter M (1997): Nature nurture integration: the example of antisocial behavior. *Am Psychol* 52: 390-398.
- Rutter M, Kim A, Cohen J, Maughan B (2006): Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 43:276-295.
- Togersen S, Kringle E, Cramer V (2001): The prevalence of personality disorder in a community sample. *Arch Gen Psychiatry* 58:590-596.
- Schneider K (1950): Personalidades psicopáticas. Cassell ed. London
- Simonoff E, Elander J (2004): Predictors of antisocial personality. Continuities from childhood to adult life. *BR J Psychiatry* 184:118-127.

- Tillfors M, El Khouri B (2009): Relationship between social anxiety, depressive symptoms, and antisocial behaviour: evidence from a prospective study of adolescent boy. *J Anxiety Disorder* 23:718-724.
- Velez CN, Johnson J and Cohen P (1989): A longitudinal analysis of selected risk factors for childhood psychopathology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 28:861-864.
- Weissman MM (1999a): Children with prepuberal onset major depressive and anxiety grown up. *Arch Gen Psychiatry* 56:794-801.
- Weissman MM (1999b): Depressed adolescents grown up. *JAMA* 281:1707-1713.
- Weissman MM (2002): Juvenile onset major depression includes childhood and adolescent onset depression and may be heterogeneous *Arch Gen Psychiatry* 59:223-224.
- West S R (1994): Assessment of patterns of insecure attachment in adults and application to depend and esquizoid personality disorder. *Personal Disorder*: 249- 256.
- Widiger T (2000): Personality disorder in the 21 th century. *J Personality Disorder* 14:3-16.
- Winnicott DW (1956): On transference. *International Journal of Psychoanalysis* 37:382-395.
- Wixom J, Ludolph P (1993): The quality of depression in adolescents with borderline personality disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32:1172-1177.
- Woodward LJ, Fergusson DM (2001): Life course outcomes of young people with anxiety disorders in adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 40:1086-1093.
- Zarinni MG, Gunderson JG, Frankenurg FR (1990.): Discriminating borderline personality disorder from other axis II disorder. *Am J Psychiatry* 147:161-167.
- Zilboorg G (1941): Ambulatory schizophrenia. *Psychiatry*, pp 149-155.

